

ANNALES
DE
DERMATOLOGIE
ET DE
SYPHILIGRAPHIE

PUBLIÉES

Par le docteur A. DOYON

PRINCIPAUX COLLABORATEURS

MM. BASSEREAU, BAUMÈS, BAZIN, L. BELHOMME, BERGERON,
BOUCHARD, BUMSTEAD, CALVO, CLERC, DEVERGIE, DIDAY,
DRON, ALFRED FOURNIER, GAILLETON, GARIN, GUBLER, GUÉRARD,
GUIBOUT, HARDY, HEBRA, HILLAIRET, ICARD,
G. LAGNEAU, LAILLER, LANCEREAUX, LE BRET, H. LEE, L. LEFORT,
AIMÉ MARTIN, MAURIAC, DE MÉRIC, PELIZZARI,
PH. RICORD, RODET, ROLLET, SAINT-CYR, M. SÉE, DE SEYNES, ETC.

TOME QUATRIÈME.

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

17 PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1872-1873

DESCRIPTIVE



OF THE

AMERICAN

PHOTOGRAPHIC

ARTISTS' ASSOCIATION
OF THE UNITED STATES
OF AMERICA
INCORPORATED
JANUARY 1, 1884

NEW YORK

1884

ANNALES
DE
DERMATOLOGIE
ET DE
SYPHILIGRAPHIE

I

DES ADÉNOPATHIES SECONDAIRES DE LA SYPHILIS.

(Extrait d'une leçon professée à l'hôpital de Lourcine par le docteur ALFRED FOURNIER, médecin des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté.)

L'étude des adénopathies secondaires, Messieurs, forme un complément naturel à celle des syphilides cutanées et muqueuses qui viennent de nous occuper. C'est donc de ces adénopathies que je vous entretiendrai dans notre réunion de ce jour.

Il est peu de maladies qui influencent le système ganglionnaire au même degré et avec la même fréquence que le fait la syphilis. C'est en conséquence de lésions communes, très-communes, que nous allons parler.

Cette action de la diathèse sur les ganglions commence
ANN. DERM. ET SYPH., T. IV.

341604

avec le chancre, comme nous l'avons vu précédemment. Mais, à la période primitive, elle reste toujours bornée au département glandulaire qui avoisine le chancre. Plus tard, elle se généralise ou du moins elle se dissémine. Ainsi, à la période secondaire — période où s'exerce surtout l'influence de la diathèse sur le système lymphatique — les ganglions affectés sont bien plus multiples qu'à la période primaire et appartiennent aux régions du corps les plus différentes, comme je vous le montrerai dans un instant.

De même que la plupart des symptômes syphilitiques, les lésions glandulaires de la vérole sont très-variables comme importance d'un sujet à un autre. Chez tels malades elles sont légères, au point d'être presque inappréciables ; — chez tels autres, elles deviennent plus intenses, plus accentuées ; — chez quelques autres encore, elles prennent un développement excessif et constituent un véritable *glandage* syphilitique ; — plus rarement enfin, chez certains sujets constitutionnellement disposés au lymphatisme, on les voit dégénérer en bubons chroniques et suppuratifs, ne justifiant que trop le nom qui leur a été donné d'*écrouelles* syphilitiques.

On a longtemps discuté sur la *pathogénie* des adénopathies secondaires. Pour les uns, ces adénopathies seraient toujours symptomatiques, c'est-à-dire provoquées par des lésions du tégument cutané ou muqueux. Pour les autres, elles seraient plus spécialement ou exclusivement même idiopathiques, c'est-à-dire déterminées directement par la diathèse et non par des manifestations locales. Le débat est de médiocre importance, à mon gré, d'autant que l'une et l'autre de ces opinions contiennent une part de vérité. Il est positif, en effet, que les adénopathies secondaires se produisent parfois sans être appelées, incitées par des

phénomènes locaux. Mais il n'est pas moins certain d'autre part qu'elles se manifestent plus souvent, bien plus souvent, à la suite et à propos de lésions cutanées ou muqueuses, et leur relation pathogénique avec ces derniers accidents ne saurait être méconnue. — Exemples à l'appui de ces deux ordres de cas.

Voici d'abord une jeune femme sur laquelle vous constaterez facilement par le palper deux ganglions cervicaux postérieurs dans la rainure du trapèze (ganglions développés de fraîche date, car ils n'existaient pas lorsque cette malade est entrée dans nos salles, il y a quatre semaines environ). Or, cherchez la lésion qui a pu provoquer ces adénopathies, vous ne la trouverez pas. Examinez la nuque, les téguments du cou ; tout y est et tout y a toujours été à l'état le plus normal. Examinez de même le cuir chevelu ; il est intact : pas la moindre croûte, pas la moindre syphilide, pas même encore d'alopecie. Ici donc, suivant le langage classique, l'adénopathie est *essentielle*, idiopathique ; elle s'est développée sous l'influence *immédiate* de la syphilis, sans être sollicitée par l'incitation médiate d'une lésion locale.

Autre exemple du même genre. Cette seconde malade présente une double adénopathie épitrochléenne bien accusée. Quel accident cutané a pu lui donner naissance ? Aucun. Donc, ici encore, adénopathie *idiopathique*.

En revanche, voyez ces autres malades :

Sur celle-ci, adénopathies cervicales antérieures multiples, véritables pléiades péri-pharyngées. Mais, en même temps, syphilides buccales, et spécialement syphilides des amygdales, du voile palatin, des piliers, etc.

Sur celle-là, adénopathies sous-maxillaires ; mais, en même temps, syphilides papulo-érosives et papulo ulcéreuses des deux lèvres.

Sur cette autre, enfin, adénopathies sous-occipitales, cer-

vicales postérieures, mastoïdiennes ; mais, en même temps, syphilide papulo-croûteuse très-confluente du cuir chevelu, de la nuque, des oreilles, etc.

Impossible de ne pas croire que, sur ces trois dernières malades, les adénopathies ne soient pas *symptomatiques*, c'est-à-dire n'aient pas été provoquées par les lésions des téguments cutanés ou muqueux. S'il en était autrement, comment expliquer la relation anatomique directe de ces adénopathies avec les accidents concomitants, et par quelle inexplicable bizarrerie la diathèse aurait-elle choisi précisément ces ganglions pour y exercer son influence ? Mais le fait est patent ; je n'insiste pas.

Donc voilà deux points acquis :

1^o Certaines adénopathies syphilitiques se développent *sponte suâ*, sous la seule influence de la diathèse, sans lésions appréciables des surfaces tégumentaires.

2^o Certaines adénopathies se développent au voisinage et sous l'influence évidente de lésions secondaires, tout comme le bubon primitif se produit dans les ganglions qui avoisinent le chancre, sous la dépendance et sous l'action du chancre.

A ce dernier propos, toutefois, remarquons, Messieurs, qu'il existe entre les lésions secondaires et le chancre une différence considérable au point de vue de l'influence que ces deux ordres d'accidents exercent sur les ganglions. Avec le chancre, l'adénopathie syphilitique n'a pas, pour ainsi dire, le droit de faire défaut, elle est forcée, *fatale*. Avec les lésions secondaires, l'adénopathie est seulement éventuelle, *possible* ; elle peut se produire ou non, et très-souvent elle ne se produit pas. Les exanthèmes cutanés, par exemple, ne développent presque jamais d'adénopathies ; le psoriasis palmaire, entre autres, laisse absolument indemnes les ganglions du bras et de l'aisselle ; les syphilides

vulvaires ne retentissent qu'assez rarement sur les ganglions de l'aîne, etc. Il n'est guère en somme que certaines formes et certaines localisations d'accidents qui influencent les ganglions à la période secondaire, telles, par exemple, que les syphilides du cuir chevelu et les syphilides muqueuses de la cavité buccale (1). Il semblerait ainsi — et vous verrez dans un instant que cette supposition n'est pas aussi improbable qu'elle peut le paraître au premier abord — il semblerait, dis-je, que certains ganglions se prêtent mieux que d'autres à subir et à traduire l'influence de la diathèse.

Ce qu'offrent, en effet, de très-remarquable les adénopathies secondaires, c'est la prédilection singulière qu'elles affectent pour certaines régions. Quoi de plus bizarre, par exemple, que leur préférence bien connue pour la *région cervicale postérieure*? Les adénopathies-postéro cervicales de la vérole sont à elles seules plus communes que celles de tout autre siège. Elles le sont même à ce point qu'elles constituent un signe banal de syphilis. Voyez un médecin interroger un malade : au premier soupçon de syphilis, il ne manquera jamais de courir droit aux ganglions cervico-postérieurs ; et ce n'est pas sans raison, car il espère trouver là, et il trouvera là, en bien des cas, un élément séméiologique des plus précieux.

C'est donc en première ligne, par ordre de fréquence, à la *région cervicale postérieure* que vous observerez surtout les adénopathies secondaires.

(1) Une remarque analogue a été faite par le docteur R. Campana (de Naples). « Les condylomes plats ulcérés des muqueuses, surtout quand ils siègent au pharynx, amènent plus facilement que les autres éruptions les formes hypertrophiques ou hyperplasiques des adénopathies, etc... » (V. *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 2^e année, n^o 3.)

Sur cette région, les adénopathies peuvent occuper plusieurs sièges qu'il n'est pas sans intérêt de spécifier. Ce qu'en effet on appelle communément et vaguement l'adénopathie cervicale postérieure de la syphilis se décompose, quand on y regarde de près, en trois groupes d'adénopathies, de la façon suivante :

1^o Adénopathie *cervicale postérieure*, proprement dite, constituée par les ganglions situés sur les parties postéro-latérales du cou, dans la rainure du trapèze ;

2^o Adénopathie *sous-occipitale*, constituée par les ganglions sous-occipitaux, lesquels sont situés à la partie postéro-inférieure du crâne, à la base même de l'occiput ;

3^o Adénopathie *mastoïdienne*, formée par les ganglions mastoïdiens. Relégués derrière l'oreille et beaucoup moins volumineux que les précédents, ceux-ci forment au niveau même de l'apophyse mastoïde de petits soulèvements hémisphériques ou semi-ovoïdes, comparables tout au plus à des moitiés de noyaux de cerise ou à des grains de grenade.

Ces trois variétés d'adénopathies coexistent chez nombre de malades ; chez d'autres, il n'en existe que d'un ou de deux ordres.

L'adénopathie postéro-cervicale secondaire est tellement fréquente chez l'homme qu'à peu d'exceptions près on peut la donner comme constante. Bien que très-commune aussi chez la femme, elle l'est cependant beaucoup moins que chez l'homme, et cela d'une façon notable. Il n'est pas rare même que nous la cherchions en vain chez nos malades de cet hôpital. C'est là un fait dont témoignent péremptoirement quantité de nos observations.

Viennent en seconde ligne, par ordre de fréquence, les *adénopathies cervicales antérieures*.

Celles-ci se produisent sur divers points du cou.

Les plus communes sont les adénopathies *péri-pharyngées*. Elles occupent les côtes du pharynx, au-devant du muscle sterno-mastoïdien, et s'observent le plus communément en relation avec des syphilides muqueuses de la gorge.

Beaucoup plus rares sont les adénopathies *sus-hyoïdiennes*, situées au niveau ou au-dessus de l'os hyoïde, et les adénopathies *cervicales inférieures*, se produisant sur les parties inféro-latérales du cou.

Plaçons au troisième rang les adénopathies *sous-maxillaires*, presque toujours symptomatiques de lésions des lèvres, des joues, de la bouche, etc...

Telles sont, Messieurs, les adénopathies qu'on observe le plus communément à la période secondaire.

D'autres départements glandulaires peuvent encore être affectés par la syphilis. Sur quelques malades vous rencontrerez parfois, mais beaucoup plus rarement, des adénopathies d'autres sièges, telles que : adénopathies inguinales, comme conséquences de syphilides de la vulve ou de l'anus ; — adénopathies parotidiennes, pré-auriculaires, épitrochléennes (1), etc. Aucun ganglion, en un mot, n'est à l'abri soit de l'influence générale de la syphilis, soit du retentissement que peut exercer sur lui une manifestation locale de la diathèse.

A quel terme, à quel âge de la syphilis se produisent les adénopathies dont nous traitons actuellement?

(1) A propos de cette dernière adénopathie (adénopathie *épitrochléenne*), je dois dire qu'on en a beaucoup exagéré la fréquence, en la donnant comme un signe habituel ou commun de syphilis. Je l'ai recherchée très-attentivement sur plusieurs centaines de malades, hommes ou femmes, et ne l'ai jamais rencontrée que d'une façon assez rare, presque exceptionnelle.

Ces adénopathies sont, dans l'ordre chronologique de la diathèse, des lésions essentiellement et exclusivement *secondaires*. D'une part, en effet, elles ne sont jamais contemporaines de l'explosion du chancre, elles ne se produisent jamais avant l'époque où l'influence générale de la syphilis se traduit par des manifestations disséminées ; et, d'autre part, elles ne s'observent jamais à une époque tardive de la diathèse, dans ce qu'on appelle le stade tertiaire.

C'est dans la période secondaire, à son début ou dans ses premiers mois, qu'elles se produisent le plus habituellement. Il n'est pas rare de les observer un peu plus tard, dans le cours de la seconde année, par exemple. Mais au delà, elles deviennent de moins en moins communes ; et, passé la troisième année environ, elles ne se rencontrent guère plus. Pour prendre un terme extrême, jamais on ne les observe après 10, 15, 20 ans d'infection. A cette période, si elles ont existé autrefois, il y a longtemps qu'elles n'existent plus, et les rechercher à aussi longue échéance est un soin plus que superflu. N'imitiez donc pas, Messieurs, ces mauvais observateurs qui, ayant à instituer le diagnostic soit d'un chancre tout récent, soit d'une lésion ultra-tertiaire, s'en vont explorer avec une attention scrupuleuse les régions cervicales de leurs malades. Car c'est faire preuve d'ignorance, c'est commettre un anachronisme pathologique, que de s'efforcer à trouver des adénopathies secondaires à une époque de la diathèse qui ne les comporte pas.

Sous quelle forme clinique se présentent les adénopathies secondaires ?

D'un mot je puis vous résumer leurs caractères en vous disant qu'elles rappellent exactement, trait pour trait, l'adénopathie symptomatique du chancre, celle que nous avons étudiée ensemble il y a quelques semaines. Elles re-

produisent cette adénopathie comme symptômes, comme évolution, comme terminaison, comme allure générale, et aussi, disons-le immédiatement, comme bénignité, comme tendance à la résolution pure et simple, en dehors même de toute intervention thérapeutique.

Ce sont, en effet, des adénopathies essentiellement *froides, indolentes, aphlegmasiques et résolutes*. — Détaillons.

Comme volume, d'abord, elles sont peu considérables. Elles n'offrent guère en moyenne que les proportions d'une noisette. Quelquefois moindres (exemple : adénopathies mastoïdiennes), elles atteignent en d'autres cas les proportions d'une olive, d'une demi-noix ou même d'une noix.

Elles débutent et se constituent sourdement, insidieusement, sans attirer l'attention des malades, qui s'en aperçoivent un beau jour d'une façon toute fortuite, ou qui même en ignorent l'existence et s'en montrent fort surpris, quand le médecin les leur révèle. C'est dire assez combien elles sont *indolentes* dans leur développement. C'est dire aussi qu'elles sont absolument *aphlegmasiques*, ne déterminant ni rougeur de la peau, ni chaleur locale, ni phénomènes réactionnels généraux, ni troubles périphériques d'aucun genre. Ce sont, en un mot, des intumescences glandulaires, et rien de plus; des intumescences glandulaires fermes et dures, assez analogues, pour leur consistance, aux ganglions du cancroïde, et donnant bien l'idée d'une infiltration, d'une néoplasie ganglionnaire. — Elles ne contractent aucune adhérence avec les tissus ambiants; elles restent *libres et mobiles*, ce qui permet d'en bien apprécier à la fois le volume, la forme et la rénitence. On les prendrait volontiers, tant elles roulent librement sous le doigt, pour de véritables « *noisettes* » sous-cutanées, comme les appellent les malades. Elles diffèrent notablement en ce point des adénopathies inflammatoires ou stru-

meuses, dont le propre est de former de rapides adhérences avec le stroma cellulaire périphérique et de se masser avec les tissus ambiants.

Une fois qu'elles ont acquis leur complet développement, ces adénopathies *restent ce qu'elles sont*, et cela pour un temps variable, toujours assez long. Pendant plusieurs semaines au minimum, pendant plusieurs mois en général, elles demeurent absolument stationnaires sans subir la moindre modification. Puis, à un moment donné, elles commencent à perdre de leur consistance et à diminuer de volume. Elles se résolvent alors progressivement, sans phénomènes nouveaux, s'atrophient sur place et disparaissent. Elles sont donc, comme je vous l'ai dit, *spontanément résolutives*.

Au total, ces adénopathies, comme vous le voyez, Messieurs, sont surtout remarquables par leur excessive *bénignité*. On a dit d'elles avec justesse qu'elles étaient plus curieuses qu'importantes.

De là cette conséquence, qu'elles ne réclament aucune intervention thérapeutique spéciale. Elles guérissent seules en effet, *seules*, et 95 fois sur 100, en moyenne, il est absolument superflu de leur opposer, en dehors du traitement général de la diathèse, la moindre médication locale.

Leur véritable intérêt est donc surtout scientifique et sémiologique. Ce sont des *indices*, des témoins utiles à consulter dans les cas de diagnostic obscur, des signes propres à éveiller un soupçon, à mettre sur la piste de syphilis méconnues, ignorées ou dissimulées. A ce point de vue spécial, les adénopathies cervicales *postérieures* sont particulièrement significatives, et cela pour deux raisons : parce

que, d'abord, de toutes les adénopathies secondaires, ce sont les plus constantes; parce qu'ensuite elles occupent un siège où il est assez rare que d'autres affections développent des engorgements ganglionnaires. La scrofule elle-même, celle de toutes les maladies qui affecte le plus fréquemment les glandes cervicales, se porte avec une préférence marquée sur la région cervicale antérieure, et n'intéresse que d'une façon relativement rare les ganglions de la nuque. Il est exceptionnel en tout cas qu'elle atteigne uniquement ces derniers, comme le fait la syphilis. Sous ce rapport même, il existe entre ces deux diathèses, la scrofule et la vérole, une opposition singulière dont le diagnostic peut tirer parfois un utile parti.

Je viens de vous présenter, Messieurs, les adénopathies secondaires sous la forme qu'elles affectent ordinairement, dix-neuf fois sur vingt environ, pour fixer une moyenne. Je dois ajouter actuellement qu'elles s'écartent parfois de ce type — type normal en quelque sorte — pour revêtir une allure autre. Elles diffèrent alors de la forme morbide que nous venons de décrire, et cela à deux points de vue : d'une part, comme multiplicité, comme confluence de glandes affectées; comme caractères de lésions d'autre part.

Le plus habituellement les adénopathies secondaires sont *discrètes*. La règle est de trouver quelques ganglions à la nuque, quelques autres au niveau des amygdales, et c'est tout. Mais en certains cas, chez la femme notamment, il n'en est pas ainsi, et l'on observe des adénopathies multiples, qui, par leur multiplicité même, s'écartent des cas usuels. Il n'est pas rare de la sorte de constater, par le toucher, de nombreux ganglions dans chaque rainure du trapèze, sous l'occiput, aux apophyses mastoïdes, dans les régions paro-

tidienues, sous-maxillaires, sus-hyoïdiennes, péri-pharyngées, etc. Ces ganglions multiples présentent les caractères des adénopathies que nous avons décrites précédemment ; ils sont seulement un peu plus volumineux que de coutume. Quelquefois ils sont tellement nombreux qu'ils forment de véritables chapelets, qui descendent de l'occiput au milieu du cou, et de la région parotidienne au creux sus-claviculaire. Ce sont là les *chapelets cervicaux* de la vérole. Parfois même ces engorgements glandulaires se propagent dans d'autres régions, telles que l'aîne, l'aisselle, etc. On croirait presque avoir affaire alors à une véritable *adénie* d'origine syphilitique.

C'est à cette forme d'engorgement glandulaire multiple, confluent, qu'il convient, je crois, de réserver le nom de *glandage secondaire*.

Nous observons assez fréquemment ici ce glandage secondaire. La femme y est-elle plus prédisposée que l'homme, par son tempérament, sa constitution, ses tendances lymphatiques ? Il me semble rationnel de le croire.

Nous avons précisément dans nos salles, actuellement, une femme affectée de ces adénopathies secondaires à forme confluyente. La voici. Inutile de vous renseigner sur le diagnostic ; vous le voyez écrit sur le visage, où s'étale une syphilide papulo-squameuse des plus typiques. Veuillez explorer sur cette malade la nuque, les régions mastoïdiennes, sous-occipitales, parotidiennes, sous-maxillaires, sus-hyoïdiennes, péri-pharyngées, cervicales antérieures, cervicales inférieures. Vous trouverez toutes ces régions farcies de glandes, passez-moi l'expression. Glandes ici, glandes là, glandes partout, et en grand nombre. Comptez ces glandes, comme je l'ai fait ces derniers jours ; vous en trouverez une trentaine environ. — C'est là, Messieurs, le glandage syphilitique. — Et ne croyez pas que ce glandage ait atteint, sur la malade que je viens de vous présenter,

le *maximum* auquel il puisse parvenir. Je l'ai vu bien plus confluent encore chez quelques sujets.

Est-il quelque élément pronostique à tirer de cette multiplicité, de cette confluence insolite des adénopathies secondaires? Oui, dans une certaine mesure. J'ai remarqué — et certes je n'ai pas été le premier à faire cette remarque — que le grand nombre, le développement exagéré et la dissémination des glandes sur plusieurs régions, coïncident assez fréquemment avec des manifestations syphilitiques plus ou moins sérieuses, notamment avec des troubles intéressant la vie splanchnique. J'ai vu plusieurs fois le glandage secondaire s'accompagner d'une anémie marquée, avec pâleur, décoloration chlorotique des téguments, faiblesse générale, allanguissement des fonctions nutritives, palpitations, essoufflement, désordres nerveux, etc. Il serait même curieux de savoir si le nombre des globules blancs du sang n'est pas augmenté dans les cas de ce genre, de façon à constituer une *leucocytose* passagère. C'est là un point très-digne d'attention, que l'analyse histologique élucidera quelque jour (1).

Sans doute, c'est encore une raison de tempérament, de prédisposition constitutionnelle, qui imprime parfois aux adénopathies secondaires, chez la femme particulièrement, une modification d'un autre genre qu'il me reste à vous signaler. Voici ce qu'on observe.

Les adénopathies commencent par se produire sous leur forme habituelle. Puis, au lieu de se borner au développement minime qu'elles ne dépassent guère en général, elles continuent à s'accroître et deviennent volumineuses,

(1) J'ai commencé, avec mon collègue et ami le docteur Hayem, quelques recherches sur ce point. Notre travail n'est pas encore assez avancé pour que je puisse en formuler ici les résultats.

grosses comme une noix, comme un marron, voire même, mais cela est plus rare, comme un œuf de poule. Elles simulent alors complètement sous cette forme les engorgements glandulaires de la scrofule. Aussi, méritent-elles justement le nom d'adénopathies *strumoides* ou *syphilostrumeuses*.

Arrivées à ce degré de développement, ou bien elles se résolvent après être restées longtemps stationnaires, ou bien elles s'enflamment. Dans ce dernier cas elles deviennent douloureuses, s'immobilisent, *s'empâtent*, suivant le terme consacré, et se massent tant avec le tissu cellulaire ambiant qu'avec les téguments voisins, qui rougissent à leur niveau. Il est encore possible quelquefois, grâce à un traitement antiphlogistique appliqué de bonne heure, d'enrayer les progrès de ces adénopathies *strumo-phlegmasiques* et du *phlegmon péri-ganglionnaire* qui les accompagne. Le plus souvent, toutefois, on ne réussit pas à empêcher la formation du pus. Un abcès alors se constitue. Convenablement traité, ouvert à temps, drainé, cet abcès suit les phases habituelles d'un abcès chaud ou d'une suppuration ganglionnaire aiguë, et se ferme rapidement après s'être évacué. Mais en d'autres conditions, lorsque surtout on a affaire à des malades lymphatiques ou scrofuleux, l'abcès, bien que vidé, ne se cicatrise pas, reste fistuleux, et fournit pendant longtemps une certaine quantité de pus. C'est à ces suppurations ganglionnaires *chroniques* de la vérole qu'on a pu, sans exagération, donner le nom d'*écrouelles secondaires*.

Les dernières formes d'adénopathie dont nous venons de parler se produisent de préférence sur certains ganglions, sur ceux notamment des régions cervicales antérieures, au-devant et même au-dessous du sterno-mastoïdien, sur ceux des régions sous-maxillaires, péri-maxillaires, sus-hyoïdiennes. J'ai vu quelquefois, mais bien plus

rarement, les glandes de l'aîne être affectées de ce même genre de lésions.

C'est chez la femme surtout, Messieurs, bien plus souvent que chez l'homme, qu'il vous sera donné d'observer ces bubons strumo-phlegmasiques de la syphilis secondaire. Il existe à ce point de vue une sensible différence d'un sexe à l'autre.

Il n'est pas contestable que ces adénopathies soient favorisées dans leur développement par le tempérament lymphatique et les prédispositions strumeuses. Ce qui n'est pas moins certain, toutefois, c'est qu'on les voit en quelques cas se produire sur des sujets exempts de tout antécédent strumeux et ne paraissant pas entachés de scrofule. J'affirme, pour ma part, les avoir rencontrées plus d'une fois chez des malades jouissant, en apparence au moins, d'une constitution moyenne et d'un tempérament sain.

Lorsque nous assistons au développement d'adénopathies de ce genre sur des malades connus, que nous avons depuis longtemps sous les yeux, il est simple et facile d'en suivre la pathogénie, c'est-à-dire de surprendre le lien qui les rattache à la diathèse. Mais supposez que de telles lésions se présentent à un médecin qui ne soit pas éclairé sur les antécédents diathésiques de son malade (et les malades syphilitiques ne s'empressent pas toujours de nous renseigner sur leurs antécédents spéciaux), l'origine spécifique de ces adénopathies courra grand risque d'être méconnue. Elle l'est souvent, en effet, très-souvent. C'est pour cette raison, n'en doutez pas, que les adénopathies secondaires de forme strumoïde ou inflammatoire passent pour être beaucoup plus rares qu'elles ne le sont en réalité. *Elles trompent les médecins.* On les rapporte trop aisément à des causes banales. On les accepte trop facilement pour de simples bubons inflammatoires ou strumeux, sans

remonter à leur origine première et véritable. On ne soupçonne pas assez la vérole de pouvoir déterminer de semblables lésions. Et la vérité cependant, c'est que la vérole en est l'origine fréquente; fréquente, car il ne se passe pas d'année où une douzaine de cas de ce genre ne se présentent ici à notre observation. Tenez-vous donc pour avertis, Messieurs, et, en présence d'adénopathies de ce genre, ne négligez pas, si vous voulez instituer un diagnostic précis, d'interroger vos malades sur leurs antécédents, de rechercher sur eux soigneusement les témoignages d'une infection secondaire. Nul doute qu'en plus d'un cas vous ne parveniez de la sorte à jeter la lumière sur l'étiologie mystérieuse de certains bubons. C'est là, Messieurs, un détail de clinique et de pratique que je recommande à toute votre attention.

Un dernier mot. Depuis que je suis dans cet hôpital, j'ai vu plusieurs fois se développer sur mes malades syphilitiques des *abcès rétro-pharyngiens*, qu'aucune raison, aucune cause locale ne venait expliquer. Mon collègue et ami le docteur Péan me disait récemment avoir fait la même remarque. Or, frappé de cette double observation, je me demande si de tels abcès ne pourraient reconnaître pour origine des adénopathies rétro-pharyngiennes analogues à celles que je viens de vous décrire. Ce n'est là qu'une hypothèse sans doute, et je vous la donne pour ce qu'elle vaut; mais cette hypothèse paraît légitimée par les suppurations ganglionnaires que produit assez fréquemment la syphilis dans les régions voisines du pharynx. Il serait donc possible que la vérole entrât pour une part quelconque dans l'étiologie encore bien obscure des abcès rétro-pharyngiens. Retenez cela, Messieurs, et vérifiez cette vue dans les cas qui pourront se présenter à votre observation.

DE LA NON-IDENTITÉ D'ORIGINE DE LA VARIOLE
ET DE LA VARICELLE.

Lettre à M. le docteur Doyon, directeur des Annales des maladies syphilitiques et cutanées, et traducteur de l'ouvrage du professeur Hebra sur les maladies de la peau (1), par A. RODET, ancien chirurgien en chef de l'Antiquaille.

Mon cher confrère,

Le professeur Hebra, dont vous traduisez le savant ouvrage, a émis sur la nature de la varicelle une opinion que vous avez combattue vivement, et que je ne saurais partager. Pour lui la variole, le varioloïde et la varicelle procèdent du même virus et ne diffèrent que dans leurs formes et leur intensité. Cette question, si souvent résolue dans un sens ou dans l'autre, ne devrait plus être discutée aujourd'hui, et, si je ne m'abuse, des faits tels que ceux que je vais vous citer sont de nature à la trancher définitivement aux yeux de tous les esprits impartiaux.

Avant de vous parler de ces faits, voulez-vous me permettre, mon cher confrère, de jeter un regard rétrospectif

(1) Cette lettre fut écrite en juillet 1870. Les malheurs de la patrie l'empêchèrent alors de voir le jour. Aujourd'hui je l'exhume de mes cartons et je la livre à la publicité, quoiqu'elle ait perdu, peut-être, une grande partie de son opportunité.

sur l'histoire de la varicelle, et de montrer comment cette maladie a été comprise par les auteurs qui s'en sont occupés?

Rhazeès parle d'une *fausse* variole qui ne préserve pas de la *vraie*, et tous les auteurs qui écrivirent avant 1722, c'est-à-dire avant la pratique de l'inoculation, admirent cette distinction.

Heberden est le premier, paraît-il, qui ait donné, en 1766, une description exacte de la varicelle comme maladie distincte de la petite vérole.

Thompson combat l'opinion d'*Heberden* et soutient que la varicelle n'est qu'une modification de la variole.

En 1818, *Bérard* et *Delavit* soutiennent la même opinion.

En 1834, le docteur *Gérardin* décrit, d'après les observations du docteur *Olet* fils, une épidémie de varicelle, distincte de la variole, et n'opposant aucun obstacle au développement de la vaccine, et il conclut que la variole et la varicelle procèdent de deux virus différents.

En 1835, *Rayer*, dans son traité des maladies de la peau (2^e édition), revient à l'opinion de *Thompson* : « Je désigne, dit-il, sous le nom de *varicelles*, ou de modifications de la variole, différentes inflammations cutanées, pustuleuses, vésiculeuses ou papuleuses, contagieuses, sans *fièvre secondaire*, pouvant naître de la variole et la produire, et dont la durée est de un à deux septénaires. »

Trente ans plus tard, en 1865, *Trousseau* démontre victorieusement la différence des deux exanthèmes, différence aussi grande que celle qui existe entre la variole et la rougeole, entre la rougeole et la scarlatine, et cependant le professeur *Hebra* vient encore combattre cette opinion et soutenir que la varicelle peut produire la variole ou la varioloïde, et que la variole à son tour peut donner lieu à

la varicelle, même chez les individus qui n'ont pas été vaccinés.

Que conclure de tout cela, mon cher confrère, si ce n'est que l'esprit humain tourne souvent ainsi dans un même cercle, ou oscille longtemps d'une opinion à une autre, avant de se fixer définitivement ? *multa renascentur quæ jam cecidere cadentque*... ce qui prouve la vérité éternelle du premier aphorisme d'Hippocrate : *ars longa... et judicium difficile*.

Que faut-il, mon cher confrère, pour détruire définitivement l'opinion des *identistes* en ce qui concerne la variole et la varicelle, et, en particulier, celle de votre savant auteur ? Faut-il encore, comme l'a fait Trousseau, s'appuyer sur les différences capitales que présentent ces deux exanthèmes sous le rapport de l'invasion, de la marche, de la durée, de la forme de l'éruption, de la gravité, etc. ? Non. Ce qu'il faut, à mon avis, ce sont des faits précis, démontrant péremptoirement : 1° que la varicelle ne produit que la varicelle chez les enfants non vaccinés ; et 2° que le virus vaccin agit chez ceux qui ont eu la varicelle absolument, identiquement, comme chez ceux qui n'ont eu encore aucune éruption.

Dans ma pratique déjà longue, j'ai rencontré un certain nombre de faits de ce genre, mais je ne dirai rien de ceux qui datent de longtemps, parce que, ne les ayant pas notés, je ne pourrais les publier avec la précision et les détails nécessaires. Je me bornerai à deux qui sont récents et qui, à mon avis, suffisent pour démontrer sans contestation possible la différence de nature des éruptions variolique et varicelleuse. Vous en jugerez.

Première observation. — M. Giraud, de Villechaise, vint me prier, le 19 mars dernier (1), d'aller vacciner sa petite fille, âgée de 8 mois. Il désirait que cette opération fût

(1) N'oublions pas que cette lettre a été écrite en juillet 1870.

pratiquée le plus promptement possible, parce qu'il venait d'apprendre que les enfants d'un de ses voisins étaient atteints de la petite vérole, et parce que ces enfants s'étaient amusés avec les siens quelques jours auparavant. Je me rendis à son invitation, mais déjà la petite fille présentait sur différentes parties du corps des bulles à la forme desquelles il me fut facile de reconnaître le commencement d'une varicelle. J'affirmai alors, sans crainte de me tromper, que les enfants qui avaient transmis cette maladie étaient atteints, non pas de variole, mais d'une éruption semblable, c'est-à-dire de varicelle, ce que des informations ultérieures vinrent confirmer pleinement.

M. Giraud avait trois autres enfants, que j'avais vaccinés plusieurs années auparavant. J'annonçai que ces trois enfants, qui avaient communiqué aussi avec ceux du voisin, auraient très-probablement la même maladie que leur sœur, malgré leur vaccine, et, en effet, la varicelle commençait, deux jours après, à faire son apparition chez eux.

Quant à la petite fille de 8 mois, je m'abstins de la vacciner pour ne pas lui faire supporter à la fois deux maladies qui n'auraient pu exercer aucune influence favorable l'une sur l'autre, et j'ajournai cette petite opération jusqu'au moment où l'enfant serait revenue complètement à la santé.

La varicelle suivit son cours habituel et fut terminée en 6 ou 7 jours, mais elle fut suivie d'une légère bronchite qui nous força à ajourner encore. Enfin, je la vaccinai le 24 avril, et chaque inoculation produisit une pustule vaccinale du plus bel aspect.

Deuxième observation. — Le 26 mars dernier un autre de mes clients, M. Pouzet, géomètre à Lyon, me fit appeler en toute hâte. A mon arrivée je trouvai toute la famille en proie à la plus vive anxiété. Le fils aîné, jeune lycéen de

14 ans, venait, me dit-on, de prendre la petite vérole, et il allait sûrement la transmettre à son plus jeune frère, qui n'avait pas été vacciné. J'examinai le malade et le trouvai atteint, non pas de variole, mais de varicelle seulement. En conséquence je rassurai la famille; j'annonçai que les deux autres enfants, âgés l'un de 5 ans et l'autre de 6 mois, contracteraient probablement aussi la varicelle, comme leur frère aîné, avec lequel ils avaient communiqué, mais j'affirmai qu'ils n'auraient la petite vérole ni l'un ni l'autre, pas plus celui qui n'avait pas été vacciné que son frère qui l'avait été.

L'événement ne tarda pas à confirmer de tout point mon pronostic. L'aîné fut guéri au bout de 7 jours, mais le 10 avril, quinze jours après ma première visite, les deux autres enfants commencèrent à présenter les symptômes les plus évidents de la varicelle. Celle-ci suivit aussi son cours habituel et les enfants en furent débarrassés au bout d'une semaine.

Le 24 avril, je vaccinai le jeune Pouzet, âgé de 6 mois, en même temps que la petite fille de M. Giraud, dont j'ai parlé dans ma première observation, et toutes les inoculations que je pratiquai produisirent des pustules vaccinales de la plus belle venue.

Enfin, le 2 mai suivant, je me servis de ces pustules pour vacciner l'enfant de M. Zürcher, marchand de soie à Lyon, et j'obtins une vaccine parfaitement belle et régulière.

III

DE LA NATURE DU LICHEN HYPERTROPHIQUE.

PAR ADRIEN CHARPY.

M. Hardy a le premier distingué le lichen hypertrophique d'autres maladies avec lesquelles on le confondait, et en a donné la description clinique. Mais l'étude anatomique n'en a pas été faite, ou du moins elle est peu vulgarisée ; c'est cette lacune que je vais essayer de combler en me fondant sur l'observation de deux faits de lichen hypertrophique à deux périodes différentes.

1^o *Lichen hypertrophique non ulcéré.*

Observation. — Pendant le courant de l'hiver de 1870, un homme de 40 ans environ entra à l'hospice de l'Antiquaille dans le service de M. Dron. Depuis un an il portait, de chaque côté du sillon interfessier, deux plaques symétriques de la largeur d'une pièce de cinq francs, saillantes comme deux disques, sèches et dures, à teinte ardoisée, à surface gaufrée. Elles n'étaient pas douloureuses, mais le gênaient par le frottement.

Le diagnostic porté par M. Dron fut : lichen hypertrophique.

Les pommades, les bains, les lotions furent essayés sans résultat. On extirpa alors les deux plaques avec le bistouri, et quelques jours après le malade partait guéri.

Examen anatomique. — Les pièces durcies dans l'alcool

et examinées au microscope donnèrent les résultats suivants (1) (Voir planche I, fig. 1) :

Le derme, le corps muqueux et la couche cornée sont hypertrophiés d'une manière sensiblement égale; c'est l'accroissement régulier de chaque papille qui produit l'aspect gaufré, mamelonné. La lésion ne dépasse la peau en aucun point.

Le *derme* est atteint dans ses deux couches; mais c'est dans la couche horizontale (couche sous-papillaire, couche des vaisseaux) que l'altération a débuté et qu'elle est le plus manifeste. Elle consiste en une multiplication cellulaire assez abondante, qui toutefois n'a point l'intensité de celle de l'eczéma. Ce sont les cellules embryonnaires qu'on retrouve dans toutes les tumeurs et les inflammations, et dont je n'ai point à discuter la provenance. — Quant aux papilles, on y retrouve également ce même accroissement cellulaire, avec cette différence que les cellules sont moins nombreuses, et qu'au lieu d'être rondes elles paraissent fusiformes. Cet aspect allongé est-il dû à ce qu'on a affaire à des cellules adultes (grandes cellules fixes du tissu conjonctif) qui deviennent plus apparentes sous le coup d'une irritation légère, ou vient-il de ce que nous apercevons de jeunes cellules (cellules petites, cellules migratrices) encadrées dans les nœuds d'entrecroisement des fibres conjonctives comme dans un losange? Peu importe; dans les deux hypothèses, il indique une irritation lente et atténuée. Remplie par ces éléments nouveaux, la papille tend d'abord à s'agrandir, à s'élargir; mais bientôt l'hypergenèse progressive de l'épithélium qui l'entoure la comprime et la force à s'effiler.

Je n'ai jamais trouvé de glandes sébacées ou sudoripares, elles disparaissent toutes, et c'est ce qui explique la sèche-

(1) Cette planche sera jointe au deuxième cahier des *Annales*.

resse des plaques. Quant aux vaisseaux, ils sont très-rares; aussi les plaques ont une teinte grise ardoisée, qui indique la pauvreté de la circulation, et quand on les enlève à l'instrument tranchant elles ne fournissent que peu de sang.

Le *corps muqueux* de Malpighi a, lui aussi, augmenté de volume, ses couches se sont multipliées et ses cellules se sont rajeunies. C'est lui qui forme ce contour représenté en clair sur la figure, et qui se moule sur le corps papillaire.

La *couche cornée* est d'une épaisseur variable suivant que la pression a plus ou moins activé son hypergenèse dans tel ou tel point; elle forme une zone épaisse qui protège les organes sous-jacents et leur épargne les irritations extérieures.

2° *Lichen hypertrophique ulcéré.*

Observation. — Au mois d'août 1871, un jeune homme de 30 ans entrain dans le service de M. Dron, à l'Antiquaille, pour une affection du pied droit. Depuis deux ans, la plante du pied droit avait été progressivement envahie par une tuméfaction uniformément saillante, d'aspect végétant, mamelonné, limitée en avant par la racine des orteils, latéralement par les bords de la voûte plantaire, et se terminant en arrière par une ligne nettement marquée, oblique, et située à cinq centimètres en avant du talon. Dans toute la région de l'avant-pied, et surtout à la racine du gros orteil, dans tous ces points où normalement s'épaissit l'épiderme, la lésion, qui paraissait d'ailleurs y avoir débuté, consistait en saillies verruqueuses, jaunes ou plutôt ardoisées, sèches, cornées et ressemblant aux végétations papillaires de l'éléphantiasis, tandis qu'au sommet de la voûte, les végétations s'étaient aplaties et ulcérées, leur couleur était rouge. Enfin, la limite postérieure de démarcation était formée par une rainure profonde et suppurante; c'est par là que s'accroissait l'affection. Toute cette région

donnait une suppuration, ou pour mieux dire une sécrétion fétide analogue à celle des tumeurs ulcérées. Disons en terminant que le malade souffrait peu; la marche seule était douloureuse.

Le malade fut examiné par plusieurs spécialistes, et les diagnostics les plus divers furent émis. Les uns dirent épithélioma, les autres sarcome, les autres éléphantiasis, les autres papillome grave; tous, se fondant sur la fétidité de la sécrétion, sur la progression par un sillon profond, sur l'aspect ulcéré et mamelonné, tous, dis-je, furent d'avis qu'il s'agissait d'une affection maligne et qu'il fallait l'entlever au bistouri.

On put, en effet, tout enlever par abrasion, et on cautérisa au fer rouge. La plaie ne tarda pas à prendre un bon aspect, la cicatrisation commença et le malade partit en voie de guérison.

Examen anatomique. — L'examen anatomique trancha la question et montra qu'il s'agissait simplement d'un lichen hypertrophique ulcéré. D'ailleurs, une analyse plus rigoureuse des symptômes aurait certainement conduit à ce diagnostic. En effet, le papillome grave n'est pas une espèce nosologique; le sarcome en plaque de la peau n'existe pas; le cancroïde ne s'étale pas sur une aussi large surface, il est véritablement bourgeonnant, et ne s'accompagne pas de végétations cornées en forme de houppe; enfin, l'éléphantiasis se caractérise par des œdèmes profonds, l'envahissement des orteils, sa progression par lymphanite.

Quoi qu'il en soit, voici ce que montrèrent des coupes faites sur la région intermédiaire à la partie cornée et à la partie ulcérée (Voir planche I, fig. 2 :)

Toutes les parties constituantes de la peau sont hypertrophiées, mais ce sont surtout le derme et le corps muqueux qui ont eu à souffrir.

Le derme est envahi par une multiplication cellulaire

qui a son maximum dans la couche horizontale superficielle, et cela surtout à la base des papilles. Il est à remarquer que cette zone dermique est celle de toutes qui réagit le plus promptement et le plus vivement sous le coup des irritants, peut-être parce que la nutrition y est plus active en raison de ses nombreux vaisseaux. Partie de ce point central, la néoformation s'irradie en deux directions opposées. Elle descend dans la couche horizontale profonde, et s'y épuise; elle monte dans les papilles qu'elle distend en remplissant leur sommet. Toutefois, la majorité des papilles est étroite et effilée, à cause des pressions latérales de l'épithélium.

Le *corps muqueux* subit une hypergenèse intense, comparable à celle des végétations vénériennes; il se comble de cellules dentelées. Son énorme développement fait qu'il ne se moule plus sur les papilles, qu'il les écrase au contraire, et que supérieurement il n'offre plus sa forme si régulièrement ondulée.

La *couche cornée* est fort peu développée, son existence étant incompatible avec l'activité morbide de nutrition du corps de Malpighi. Il est évident qu'elle manque dans les points ulcérés; le derme lui-même est à nu au fond du sillon de séparation.

Quant aux glandes, on n'en trouve pas plus de trace que dans le cas précédent.

Diagnostic anatomique. — Le diagnostic anatomique doit compter avec les dermatites et avec les papillomes. — Je ne parle pas des tumeurs malignes qui ont pour caractère fondamental de détruire la forme et la structure de la peau, que respecte au contraire le lichen hypertrophique.

1^o Le lichen hypertrophique diffère de toutes les dermatites par la disparition des glandes, et par le volume de son hypertrophie. Il n'a ni l'intensité néoplasique de l'ec-

zéma, ni l'atrophie de la couche cornée, ni la présence des vésicules au sein de l'épithélium. Le psoriasis a une squame et non une zone cornée; l'hypergenèse épithéliale est beaucoup moins marquée; les couches horizontales du derme ne sont point aussi atteintes. Enfin, dans le lichen ordinaire, la néoformation n'a pas de siège d'élection plus ou moins élevé, elle se condense autour des follicules pileux, elle est presque nulle dans les zones épithéliales.

2° Le lichen hypertrophique ressemble aux papillomes ordinaires par la disparition des glandes, par son développement considérable, par sa limitation; il en diffère par sa non-pédiculisatation. Il diffère du papillome à forme épithéliale cornée (cor, verrue) en ce que celui-ci a le corps muqueux peu développé, tandis que sa couche cornée a pris des dimensions excessives. Dans le papillome à forme conjonctive (papillomes congénitaux), il n'y a pas d'hypertrophie de l'épithélium, mais en revanche le tissu conjonctif qui représente les papilles est très-étendu et se rapproche de la structure normale. Restent les papillomes à forme épithéliale muqueuse (végétations vénériennes). Elles offrent, surtout avec le lichen ulcéré, la plus frappante analogie; toutefois la prolifération conjonctive est moins abondante, les papilles plus déformées, et surtout le corps muqueux est d'une exubérance telle que c'est en lui que réside le caractère fondamental de la lésion.

3° Je dois dire aussi en quoi le lichen hypertrophique non ulcéré diffère du lichen ulcéré. Si on compare les deux figures, on verra que la prolifération conjonctive est beaucoup plus intense dans la forme ulcérée, qu'elle se compose presque partout d'éléments jeunes, et qu'elle s'est irradiée, faiblement il est vrai, dans la couche horizontale profonde du derme — que l'hyperplasie des cellules épithéliales du corps muqueux est beaucoup plus abondante — et que par une conséquence nécessaire les formations de

couches cornées sont beaucoup amoindries. Tous ces faits témoignent d'un degré plus élevé d'irritation dans ce tissu prêt à s'ulcérer.

Nature du lichen hypertrophique. — Qu'est-ce donc au fond que cette maladie singulière, et où devons-nous la classer? La dénomination même que lui a imposée M. Hardy indique que c'est pour lui une *inflammation* semblable à celle qui constitue le lichen. Mais d'abord en quoi ressemble-t-elle au lichen? Respecte-t-elle les glandes? Se développe-t-elle par centres isolés, autour des follicules? Forme-t-elle des papules? Se termine-t-elle par sclérose, par résolution? Se transforme-t-elle quelquefois en eczéma? Est-elle accessible à la médication ordinaire du lichen? Non, et l'on cherche vainement un seul point de ressemblance.

Est-ce même une inflammation? Mais on ne voit pas des phlegmasies se circonscrivre toujours sur un espace aussi limité, s'accompagner d'une hypertrophie aussi considérable d'un organe tout en respectant sa forme, suivre une marche progressive ou tout au moins rester stationnaires sans tendre à la résolution ou à la cicatrisation, et enfin résister aux traitements ordinaires des phlegmasies cutanées.

Ce n'est donc pas une inflammation; c'est une *tumeur*. Je qui le prouve, ce sont tous les traits concordants de son histoire anatomique et clinique; d'une part, sa genèse par frottement ou spontanément, sa limitation, sa marche lente, à évolution indéfinie, susceptible de revêtir une allure envahissante sous le coup d'une irritation étrangère, et sa résistance à tout traitement autre que la destruction par le caustique ou le bistouri; d'autre part, la hauteur de son accroissement hypertrophique, le développement des couches cornées, les complications verruqueuses, la destruction des glandes.

Cette tumeur étant constituée par l'augmentation de toutes les couches de la peau, avec conservation de l'organe, c'est un papillome. Il est frère des papillomes que nous avons sommairement esquissés, et ne s'en distingue que par sa non-pédiculisaison. Il s'étend en surface, il s'étale, alors que les autres croissent en hauteur, et s'il fallait résumer en un mot ce que je pense du lichen hypertrophique, je dirais : *le lichen hypertrophique est un papillome étalé ou en plaque.*

ADRIEN CHARPY.

IV

DE L'EMPLOI DES BOUGIES MÉDICAMENTEUSES DANS LE TRAITEMENT DE LA BLENNORRHAGIE ET PRINCIPALEMENT DE LA BLENNORRHAGIE CHRONIQUE.

Par G. LOREY, interne en chirurgie. (Hôpital Saint-Louis.)

Pendant mon année d'internat à l'hôpital du Midi, j'ai eu l'honneur de suivre et de continuer les expériences de mon regretté maître, le docteur Liégeois, sur l'emploi des bougies médicamenteuses, dites bougies Reynal, dans le traitement de la blennorrhagie.

Nos observations ont porté sur 80 malades, 60 affectés de chaude-pisse aiguë, 20 en possession d'une chaude-pisse chronique.

C'est surtout dans ce dernier cas que les résultats obtenus furent très-remarquables : sur 20 malades soumis à ce mode de traitement, il y eut 20 guérisons.

Dans la blennorrhagie aiguë, au contraire, les bougies, tout en présentant des avantages réels et variés constatés par nos observations et celles du docteur Liégeois, n'ont paru cependant avoir, sur la marche de la guérison, une influence moins caractéristique peut-être que dans le cas d'écoulement chronique du canal.

Ce n'est donc qu'incidemment que nous étudierons l'action thérapeutique contre les accidents aigus de la blennorrhagie, ce travail ayant pour but principal de signaler

les résultats qu'elle nous a donnés dans le traitement de la blennorrhagie chronique et de la goutte militaire.

Les bougies du docteur Reynal datent déjà de longtemps elles sont faites avec de la gélatine et de la gomme; la gélatine forme le squelette, la partie centrale et résistante de la bougie, et c'est à sa surface qu'est étendue la gomme associée à un médicament approprié : le sulfate de zinc, l'opium, la belladone, le tannin, par exemple.

Cette bougie a une longueur qui mesure 18 centimètres, c'est-à-dire à peu près celle du canal de l'urèthre. Son diamètre varie entre 3 et 4 millimètres.

Sa consistance diffère suivant la température, un peu plus ou moins molle; mais toujours elle est d'une introduction facile dans l'urèthre, sa rigidité étant toujours suffisante.

Il faut, avant de s'en servir, la plonger dans un peu d'eau froide; alors son intromission dans le canal s'opère avec la plus grande facilité et sans que le malade éprouve la moindre douleur.

Dans la blennorrhagie aiguë, où la muqueuse uréthrale est irritée et si facilement irritable, l'emploi des bougies n'a pas offert plus de difficulté que dans le cas de la blennorrhagie chronique. Nous les avons mises à l'épreuve dans les deux périodes de l'affection.

Dans la première, nous avons employé les bougies à l'opium (3 centigrammes) ou à la belladone, contre les érections nocturnes, et presque toujours elles ont eu raison de cette complication.

L'opium nous a semblé plus efficace peut-être que la belladone; mais en somme, dans ces circonstances, ces deux médicaments nous ont donné d'excellents résultats.

Presque immédiatement après l'introduction de la bougie dans le canal, l'érection cessait, et le malade avouait spon-

tanément qu'il urinait plus facilement; le lendemain au matin sa miction était moins douloureuse.

Aussi avons-nous le soin, lorsqu'un malade se plaignait d'érections nocturnes douloureuses, de les prévenir en lui mettant dans le canal, au moment de son coucher, une bougie à l'opium. Jamais alors les érections ne se produisaient, le malade avait une nuit tranquille.

Ce résultat est à signaler, et j'appelle d'autant plus volontiers l'attention sur lui, qu'il résume toutes les qualités que doit présenter le traitement de la blennorrhagie aiguë au début :

1° Rendre la miction peu ou point douloureuse;

2° Éviter ou faire disparaître les érections nocturnes.

Mais dans la seconde période de l'affection dans laquelle il faut, pour obtenir la guérison, modifier l'état de la muqueuse, transformer, en un mot, l'inflammation virulente en une inflammation aiguë simple, la bougie au sulfate de zinc belladonisé ne nous a pas donné les résultats que nous croyions obtenir.

Ses avantages cependant sont dignes d'être signalés :

1° Son emploi est plus simple que celui de l'injection;

2° Dans certaines circonstances données, elle permet d'éviter l'usage de la seringue et de la solution appropriées;

3° Son action sur la muqueuse malade est plus prolongée, puisqu'elle met pour fondre dans le canal une heure et demie environ.

Nos observations portent sur 60 malades, et, en face de ce chiffre déjà respectable, nous croyons pouvoir poser les conclusions suivantes :

1° La bougie à l'opium ou à la belladone est indiquée dans les premiers jours de la blennorrhagie aiguë pour prévenir les érections nocturnes, et pour calmer les douleurs insupportables qui accompagnent et suivent la miction; en

cette circonstance, elles ont double action : elles calment la douleur d'abord, et isolent les parois enflammées, jouant le même rôle que le tampon ouaté dans la vaginite.

2^o Dans la seconde période, la bougie au sulfate de zinc pur ou au sulfate de zinc belladonisé a une efficacité réelle ; cette efficacité égale, mais ne semble pas dépasser de beaucoup les injections analogues.

On voit par ces conclusions, que les avantages de l'emploi des bougies médicamenteuses contre la blennorrhagie aiguë sont en somme considérables, mais ils le sont bien plus encore dans le traitement de la blennorrhagie chronique et de la goutte militaire.

Je doute qu'en pareille occurrence, aucun médicament approprié puisse atteindre l'efficacité de la bougie au sulfate de zinc belladonisé.

Sur 20 malades, en effet, soumis à ce mode de traitement, nous avons obtenu 20 guérisons, et, si nous considérons tous les moyens employés contre la goutte militaire, moyens variés et multiples en rapport avec les nombreux ennuis que cette affection entraîne avec elle, et les résultats que ces méthodes thérapeutiques peuvent donner, nous voyons que les avantages qu'elles réalisent ne sauraient égaler ceux que nous donnent les bougies dans les mêmes circonstances.

Non-seulement la guérison du malade a été rapide, puisqu'en moyenne chacun n'a fait usage que de neuf bougies, mais encore elle s'est effectuée sans la moindre complication.

Cette action curative si rapide des bougies au sulfate de zinc belladonisé dans le cas de blennorrhagie chronique s'explique facilement lorsqu'on se rend compte du double effet qu'elles produisent.

Sans nul doute elles ont d'abord sur la muqueuse urétrale chroniquement enflammée une action thérapeutique,

puisqu'elles contiennent chacune 5 centigrammes de sulfate de zinc, cet agent modificateur par excellence des muqueuses enflammées, et 5 centigrammes de belladone.

Mais de plus, à cette action du médicament, elles ajoutent un effet mécanique qu'elles produisent lorsqu'elles sont introduites dans le canal.

Une fois en contact avec la muqueuse malade, et ce contact dure une heure et demie environ, la bougie joue le rôle d'un corps étranger; elle est chargée, il est vrai, de principes médicamenteux appropriés; mais, avant tout, elle constitue un corps irritant modifiant par sa présence la vitalité de la muqueuse.

C'est dans l'association et la combinaison de ces deux actions mécanique et thérapeutique que réside l'efficacité remarquable de la bougie au sulfate de zinc, et c'est ainsi qu'on peut s'expliquer la rapidité avec laquelle disparaît la blennorrhagie chronique, ou la goutte militaire, chez les malades qui en étaient affectés depuis cinq, six ans et plus, et qui avaient essayé, pour se guérir, tous les moyens recommandés en pareille circonstance.

On prétendra que ce succès des bougies médicamenteuses est dû en grande partie à la vie régulière que mènent les malades à l'hôpital du Midi.

Sans doute cette circonstance particulière du malade soumis à un régime sévère concourt à la guérison, mais c'est surtout dans les cas de blennorrhagie aiguë qu'il faut envisager cette influence du régime sur la marche de l'affection.

Dans le cas de blennorrhagie chronique, au contraire, le malade, malgré une vie très-régulière, a une goutte militaire chaque matin, qui augmente à la suite d'un seul coït, au moindre excès d'alcool ou de bière, voir même après une marche un peu fatigante.

Que le malade soit à l'hôpital ou qu'il se soigne chez lui,

il devra, s'il veut guérir, s'il veut laisser au médicament toute son influence, avoir une vie très-régulière sous tous les rapports. D'ailleurs, la régularité du régime de vie est un fait secondaire, accessoire dans la question que nous traitons, car, même avec cette régularité, les méthodes thérapeutiques ordinaires échouent le plus souvent.

C'est un honneur qui revient à M. le docteur Reynal d'avoir trouvé un moyen curatif qui n'entraîne aucune complication, et dont l'efficacité vraiment remarquable est attestée par les observations que nous publions.

On m'a objecté plus d'une fois qu'avec le traitement de la blennorrhagie par la bougie on devait craindre la complication d'orchite.

Sans doute cette complication survient assez souvent chez les malades qui ont des sondes à demeure; mais d'abord, les bougies ne sont pas des sondes à demeure, elles fondent dans le canal en moins d'une heure et demie, et si pendant ce temps elles constituent un corps étranger irritant, ce qui est une de leurs qualités, cette irritation est tempérée par l'action de la belladone associée au sulfate de zinc.

De plus, nous n'avons pas observé une seule fois cette complication d'orchite chez les 80 malades que nous avons eu à soigner.

En somme, le traitement de la blennorrhagie chronique, qui présente bien souvent de sérieuses difficultés, devient maintenant très-simple et très-facile, grâce à la nouvelle méthode thérapeutique que nous avons expérimentée.

Les bougies médicamenteuses du docteur Reynal constituent pour le traitement des écoulements chroniques du canal de l'urèthre un progrès qu'on ne saurait mettre en doute, affirmé qu'il est par les observations qui suivent.

**Résumé des observations de blennorrhagie chronique, traitée et guérie
par les bougies médicamenteuses au sulfate de zinc belladonisé.**

Nos.	AGES.	DATE DE LA blennorrhagie.	TRAITEMENTS ANTÉRIEURS.	TRAITEMENT PAR LES BOUGIES, le nombre.	ACCIDENTS	OBSERVATIONS.
1 1871	Pru..... 25 ans.	2 mois 1/2.	Opiat.	20 bougies au sulfate de zinc.	»	Le malade, après un traitement par l'opiat qui n'avait pas donné de résultat, est soumis le 4 oct. au traitement par les bougies; le 16 oct., après 14 bougies, il n'y a plus qu'un suintement muqueux très-peu abondant; le 18 oct., le suintement a disparu, et le malade sort le 28 oct., après 20 bougies, parfaitement guéri.
2 1871	Lac..... 27 ans.	Seize mois.	Opiat, injections au sulfate de zinc.	5 bougies au sulfate de zinc belladonisé.	»	L'écoulement avait résisté à l'opiat et aux injections de sulfate de zinc; du 11 au 16 oct., le malade emploie 3 bougies, la goutte miliaire disparaît. Le malade quitte l'hôpital guéri le 29 octobre.
3 1871	Kr..... 19 ans.	Onze mois.	Opiat.	4 bougies au sulfate de zinc belladonisé.	»	Du 14 au 16 oct., le malade a employé 4 bougies; le 15, c'est-à-dire à la 3 ^e bougie, l'écoulement avait cessé; le malade sort guéri le 23 octobre.
4 1871	Bell..... 22 ans.	Cinq mois.	Opiat et injections.	3 bougies au sulfate de zinc belladonisé.	»	L'écoulement a cessé le 20 oct., le malade guéri est congédié le 26 oct. Il revient à la consultation le 2 nov.: la goutte mûre n'avait pas reparu.
5 1871	Hem..... 18 ans.	Deux mois.	»	11 bougies au sulfate de zinc.	»	Après 11 bougies l'écoulement a complètement disparu (du 26 oct. au 6 nov.).—Ce malade sort de l'hôpital parfaitement guéri.

Nos	AGES.	DATE DE LA bleennorrhagie.	TRAITEMENT ANTÉRIEURS.	TRAITEMENT PAR LES BOUGIES, le nombre.	ACCIDENTS	OBSERVATIONS.
6 1871	Gill.... 22 ans.	Deux mois.	»	6 bougies au sulfate de zinc.	»	L'écoulement, qui était assez abon- dant, a cédé à l'application de 6 bougies, du 24 au 30 oct.; ce mala- de sort le 21 nov. parfaitement gué- ri, sans que l'écoulement ait récidivé.
7 1871	Lam.... 25 ans.	Trois mois.	Opiat.	3 bougies au sulfate de zinc.	»	La goutte militaire a disparu après 3 bougies (du 17 au 20 oct.); le 24, le malade sort de l'hôpital. Il revient le 28 nov. à la consultation pour des chancres mous: l'écoulement n'avait jamais reparu.
8 1871	Quent... 29 ans.	Deux ans.	Opiat, injec- tions au tannin.	4 bougies au sulfate de zinc belladonisé.	»	L'écoulement a cédé après l'appli- cation de 4 bougies (du 17 au 24 nov.), le malade sort guéri le 7 décembre.
9 1871	May.... 23 ans.	14 mois.	Opiat et injec- tions au sulfate de zinc.	11 bougies au sulfate de zinc belladonisé.	»	Le malade, dont l'écoulement a cessé le 26 oct. après 11 bougies, sort le 31. La goutte militaire a cessé le matin. Le 7 nov. le malade vient à la consultation: son écoulement n'avait point reparu.
10 1871	Bouch... 30 ans.	Six ans.	Opiat, injec- tions au sulfate de zinc et au tannin.	6 bougies au sulfate de zinc belladonisé.	»	Le malade a été guéri de sa goutte militaire avec 6 bougies, du 14 au 20 nov.; il quitte l'hôpital le 2 déc., la gué- rison n'était parfaitement maintenue.
11 1871	Tesse... 19 ans.	14 mois.	Opiat, injec- tions de vin rouge.	6 bougies au sulfate de zinc belladonisé.	»	Après 6 jours de traitement le malade a vu disparaître son écoule- ment. Il quitte l'hôpital le 4 nov., la goutte militaire avait disparu dès le 27 octobre.

N ^o .	AGES.	DATE DE LA Ménorrhagie.	TRAITEMENTS ANTÉRIEURS.	TRAITEMENT PAR LES BOUGIES, le nombre.	ACCIDENTS	OBSERVATIONS.
12 1871	Fev..... 28 ans.	Six mois.	Opiat.	20 bougies au sulfate de zinc belladonisé.	»	L'écoulement a cessé avec 20 bougies; le 7 nov. la guérison était complète; le 14 nov. le malade quitte l'hôpital.
13 1871	Trois..... 24 ans.	Six mois.	Opiat.	19 bougies au sulfate de zinc belladonisé.	"	Avec 19 bougies, l'écoulement a disparu le 40 nov.; il sort de l'hôpital le 16; il revient à la consultation le 27 déc.: son écoulement n'avait pas reparu.
14 1871	Guer..... 28 ans.	Trois mois.	»	17 bougies au sulfate de zinc belladonisé.	»	Après 17 jours de traitement l'écoulement a disparu (9 nov.); le 17 nov. le malade quitte l'hôpital, guéri.
15 1871	Wis..... 19 ans.	4 mois.	Injections d'eau blanche.	22 bougies au sulfate de zinc belladonisé.	»	Il a fallu 22 bougies pour tarir l'écoulement; le 13 nov. le malade était guéri, il quitte l'hôpital le 18.
16 1871	Ant..... 22 ans.	Deux mois.	Opiat, injections au tannin.	4 bougies au tannin.	»	Du 18 au 22 nov., le malade a employé 4 bougies: à la 4 ^e , l'écoulement avait cessé. Le malade quitte l'hôpital le 28 nov. guéri.
17 1871	Mug..... 31 ans.	Six mois.	Bains et tisanes diverses.	6 bougies au sulfate de zinc belladonisé.	»	Le malade a vu disparaître sa goutte m ^{re} en 6 jours, c'est-à-dire 6 bougies (7 déc.). Le malade guéri quitte l'hôpital le 12 décembre.

Nos.	AGES.	DATE DE LA blennorrhagie.	TRAITEMENTS ANTÉRIEURS.	TRAITEMENT PAR LES BOUGIES, le nombre.	ACCIDENTS	OBSERVATIONS.
18 1871	Duc 31 ans.	2 mois 1/2.	Opiat.	47 bougies au sulfate de zinc belladonisé.	»	L'écoulement avait résisté à l'opiat; du 12 au 28 déc. le malade em- ploie 47 bougies : les douleurs ont disparu après 40 bougies; le malade quitte l'hôpital le 9 janvier 1872.
19 1871	Rey 23 ans.	Deux mois.	Injectons au sulfate de zinc, opiat.	7 bougies au sulfate de zinc.	»	L'écoulement, qui n'a cédé ni à l'opiat ni aux injections au sulfate de zinc, est arrêté le 12 déc. après 7 bougies (du 5 au 14 déc.); il sort guéri le 5 janvier 1872.
20 1871	Rons.... 30 ans.	Deux mois.	»	9 bougies au sulfate de zinc.	» Douleurs concomitantes à la cuisse gauche.	L'écoulement cède après l'emploi de 9 bougies du 30 nov. au 9 déc. et le malade, parfaitement guéri, sort le 5 janvier 1872.

HOPITAL SAINT-LOUIS

Service de M. le Docteur GUIBOUT.

OBSERVATION RECUEILLIE PAR M. AL. BARÉTY,

Interne du service.

Cachexie syphilitique. Irido-cyclite avec tumeur gommeuse de l'iris et hernie choroïdienne de l'œil gauche. Abolition presque complète de la sensation de la lumière. GUÉRISON avec cicatrice iridienne et scléroticale, synéchies postérieures et cataracte capsulaire antérieure partielle.

La nommée L. C., âgée de 31 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Henri IV, le 17 novembre 1871.

On est tout d'abord frappé par l'aspect cachectique de la malade, qui est en effet considérablement amaigrie, très-faible, obligée de garder le lit, et d'une pâleur toute spéciale.

Sur diverses parties du corps sont disséminées des ulcérations et des croûtes ayant tous les caractères du rupia syphilitique. Cette éruption date de deux mois; elle est surtout prononcée à la jambe gauche.

De plus on remarque deux petites saillies douloureuses, l'une sur le cubitus gauche près de l'olécrâne, l'autre sur

le milieu de la crête du tibia gauche. Ces saillies paraissent développées aux dépens du périoste.

Ajoutons qu'un mois avant son entrée à l'hôpital, elle eut une angine qui dura une quinzaine de jours et pour laquelle un médecin de la ville ordonna des gargarismes et des pilules.

Ces divers accidents ne permettaient guère le doute sur l'existence de la syphilis. Seulement il n'a pas été possible de savoir à quelle époque elle fut contractée.

Les lésions dont nous venons de parler n'existaient pas seules. L'œil gauche, sur lequel l'attention était spécialement attirée, se trouvait gravement compromis. L'altération dont il était le siège remontait à *un mois*.

La malade nous dit qu'elle commença par voir trouble pendant deux jours, puis elle ne tarda pas à ne plus voir.

Environ huit jours après le début de l'affection oculaire, elle éprouva des douleurs très-intenses autour de l'orbite, surtout au front et à la tempe, et seulement quelques légères douleurs dans le globe oculaire. Ces douleurs ont duré environ cinq jours, puis elles ont presque entièrement disparu. Depuis cette époque jusqu'à l'entrée à l'hôpital, elles n'ont reparu que rarement, très-légères et de peu de durée.

Le jour de l'entrée de la malade, l'œil gauche se trouve dans l'état suivant :

La *paupière supérieure* est à demi fermée, mais il est facile de la soulever.

La *cornée* paraît un peu moins transparente qu'à l'état normal. Cette légère diminution dans la transparence tient peut-être, au moins en partie, à un peu de trouble de l'humeur aqueuse.

Autour de la cornée se voit une zone vasculaire formée de stries fines, serrées et immobiles.

L'*iris* dans son ensemble est jaune fauve, tandis que

celui de l'œil droit sain est d'un bleu clair. Sur ce fond jaune de l'iris se détachent des stries rouges.

Le *champ pupillaire* est masqué presque entièrement par une production particulière de couleur jaune rougeâtre, sorte de tumeur arrondie, à limites nettes, du volume presque d'un petit pois, et prenant naissance par une pédicule assez large et visible sur la partie inféro-externe de la face antérieure de l'iris.

A la partie déclive de la *chambre antérieure*, en s'aidant surtout de l'éclairage latéral, on constate l'existence d'un petit épanchement sanguin (hypohéma).

En soulevant la paupière en faisant regarder la malade en bas, on remarque, à la *partie supérieure du globe oculaire*, à 3 ou 4 millimètres du bord libre de la cornée, l'existence d'une petite tumeur étendue transversalement en forme de croissant à concavité inférieure, longue de 7 à 8 millimètres, large de 2 millimètres environ et faisant une saillie d'environ 1 millimètre et demi. Cette petite élévation est bleuâtre et plus foncée en deux points de sa surface, plus saillants d'ailleurs que le restant de la tumeur.

L'œil gauche n'est ni plus dur ni plus volumineux que l'œil droit.

La malade n'accuse aucune sensation douloureuse, soit dans l'œil soit autour de l'œil.

Elle ne voit pas le jour avec l'œil gauche.

La lumière artificielle très-rapprochée de l'œil est seule perçue, mais très-légèrement.

A peine de la photophobie.

Pas de larmoiement.

On ne peut voir le fond de l'œil.

Le diagnostic posé fut : *irido-cyclite avec gomme de l'iris et probablement aussi gomme du cercle ciliaire accompagnée de hernie choroidienne.*

Et l'on prescrivit :

Une pilule de protoiodure de mercure de 0,03 centigrammes tous les jours.

Iodure de potassium, un gramme tous les jours.

Sirop d'iodure de fer, une cuillerée à bouche tous les jours.

Vin de quinquina.

Vin de Bordeaux.

Collyre	{	sulfate neutre d'atropine,	0,03 centigr.
		eau distillée,	10 gram.

trois gouttes deux fois par jour.

Bandage légèrement compressif sur l'œil gauche.

Un petit vésicatoire à la tempe gauche.

Pansement des ulcères au styrax.

Potages.

Le 23 novembre 1871 M. le docteur Galezowski, se trouvant à l'hôpital Saint-Louis, examina la malade, confirma le diagnostic et, ayant exprimé l'opinion que, dans une affection oculaire syphilitique si grave, le traitement institué ne serait peut-être pas suffisant, que d'ailleurs il importait d'agir au plus vite, il fut convenu que l'on ajouterait au traitement précédent des frictions avec 2 grammes d'onguent mercuriel tous les jours, faites tantôt sur un point du corps, tantôt sur un autre jusqu'à salivation. On prescrivit en même temps une potion avec 4 grammes de chloraté de potasse.

Ce même jour, on constatait que la hernie choroïdienne avait notablement augmenté au point qu'elle paraissait prête à se rompre.

Mais à partir de ce moment, fort heureusement, l'état de l'œil s'est amélioré d'une façon progressive et assez rapide.

L'amélioration de l'état général, par contre, a été longue et difficile à se produire, au point qu'à un certain moment on crut devoir suspendre le traitement spécifique et modifier le régime.

Depuis le 23 novembre 1871 jusqu'au 22 avril 1872, c'est-à-dire durant les cinq mois de séjour que la malade fit à l'hôpital, on a pu noter les diverses modifications survenues dans l'état général et spécialement dans l'état local ou soit dans l'état de l'œil gauche.

Ainsi, dès le 29 novembre 1871, on est frappé de la modification survenue dans la HERNIE DE LA CHOROÏDE. Cette hernie est entièrement rentrée. Au point où elle faisait saillie, entre les fibres écartées et amincies de la sclérotique, on ne voit plus qu'un arc de cercle de couleur foncée, à concavité tournée vers la cornée; cette tache est de niveau avec le reste de la sclérotique, et au-dessus d'elle passent quelques vaisseaux sanguins très-déliés. Plus tard cette tache se rétrécit et devient moins foncée.

Quant à la TUMEUR DE L'IRIS, sa diminution a été assez rapide pour que la pupille se trouvât entièrement dégagée dès le 4 décembre. Cette tumeur avait alors le volume d'une petite lentille et occupait la partie inféro-externe de la face antérieure de l'iris. Jusque-là elle avait diminué progressivement, et sa couleur, qui au début était jaune rougeâtre, était devenue tous les jours d'un jaune plus franc.

La diminution de cette tumeur a continué les jours suivants, le 12 décembre elle était de la grosseur d'un grain de millet, et le 17 elle avait presque entièrement disparu, laissant une sorte de cicatrice irrégulière jaunâtre.

Pendant que ces modifications avaient lieu du côté de la hernie choroïdienne et de la tumeur de l'iris, d'autres changements survenaient du côté de la cornée, de la chambre antérieure, de l'iris et du cristallin, enfin dans les fonctions de l'œil.

Ainsi, le 27 novembre la CORNÉE avait perdu du poli de sa surface extérieure, elle était comme rugueuse, mais

d'autre part elle était dans son ensemble plus transparente que précédemment.

Le 30 novembre, le cercle vasculaire péricornéen était moindre qu'au début et la transparence de la cornée plus parfaite. Enfin le 4 décembre on constatait qu'elle avait repris son poli et sa transparence.

L'HUMEUR AQUEUSE s'était modifiée conjointement et était redevenue claire et transparente dans tous ses points.

L'IRIS, qui était jaune fauve et striée de rouge au début, avait pris une teinte jaune verdâtre, ainsi qu'on pouvait le constater le 30 novembre.

Le 20 décembre, l'iris était bleu, mais d'un bleu foncé qui contrastait avec le bleu clair de l'iris de l'œil droit parfaitement sain.

Il a été dit plus haut que la pupille, masquée au début par la tumeur de l'iris, s'était trouvée dégagée vers le 4 décembre. Dès ce jour on put constater et suivre les modifications survenues dans le CHAMP PUPILLAIRE.

A un premier examen, la PUPILLE parut trouble, ses contours immobiles étaient dentelés; elle mesurait environ 4 millimètres de diamètre. La malade ne voyait pas le jour, et avait à peine conscience de la présence de la flamme d'une lampe tout à fait rapprochée de l'œil.

En ayant recours à l'éclairage latéral, on distingua une sorte de voile blanc grisâtre occupant tout le champ pupillaire sur lequel se dessinaient quelques stries rouges.

D'ailleurs, il n'existait point de CHAMBRE POSTÉRIEURE, et l'iris par ses bords paraissait se continuer directement avec le voile grisâtre dont nous venons de parler. Quand la tumeur de l'iris se fut retirée un peu plus bas, on s'aperçut facilement que cette opacité était plus prononcée vers le centre et vers la partie inféro-externe de la pupille en rapport avec le point de l'iris, siège de la tumeur.

Il s'agissait ici d'une adhérence de tout ou presque tout

le bord pupillaire de l'iris au cristallin et d'une opacité de capsule antérieure du cristallin.

Vers le milieu de décembre, cette opacité était moindre à la périphérie du champ pupillaire. Plus tard elle diminuait encore sans disparaître totalement, et, vers la fin de décembre, un point très-restreint du bord de l'iris, du côté interne du globe oculaire, paraissait libre de toute adhérence. En ce point, la transparence était complète, ce qui permettait à la malade de voir avec plus de facilité les objets placés en regard de cette portion du champ pupillaire, et à l'observateur d'explorer le fond de l'œil.

La vision s'était améliorée assez rapidement. Ainsi, au commencement de décembre, elle percevait à peine la flamme d'une bougie ou d'une lampe; le 12 décembre cette lumière était mieux perçue, le 13 elle voyait un peu la lumière du jour, le 15 mieux encore.

Enfin, le 15 du même mois, la malade nous annonça, toute radieuse, qu'elle avait pu, avec son œil gauche, voir deux personnes qui étaient venues lui faire visite.

A ce moment la paupière supérieure était encore un peu paresseuse.

Le 20 décembre, elle distingue mieux les personnes qui l'entourent et se rapprochent d'elle, et peut compter les doigts.

Le FOND DE L'ŒIL, examiné avec l'ophthalmoscope, paraît sain d'ailleurs, et la pression du globe oculaire fait percevoir les phosphènes.

Durant son séjour à l'hôpital, la malade ne s'est plainte qu'une seule fois de légères DOULEURS dans le globe oculaire et à la partie supérieure du pourtour de l'orbite. La *photophobie* a été nulle ou presque nulle, le plus souvent. Jamais de larmolement.

Les RÉGLES, apparues les 23, 24 et 25 octobre 1871, ont fait défaut durant le séjour de la malade à l'hôpital. Seule-

ment il est intéressant de noter qu'aux mêmes dates du mois de novembre suivant, elle s'est plainte, vers le soir, de légers frissons suivis d'un petit mouvement fébrile, puis de vives coliques dans le bas-ventre, à la suite desquelles elle éprouva, pendant une semaine environ, de la douleur dans la fosse iliaque gauche. Tous ces phénomènes disparurent avec des purgatifs et des cataplasmes laudanisés.

Les deux TUMEURS PÉRIOSTIQUES n'ont pas tardé à disparaître.

Les ULCÉRATIONS étaient complètement cicatrisées vers la fin de janvier 1872.

Nous avons déjà dit plus haut que, si l'amélioration dans l'état local a été rapide, il n'en a pas été de même pour l'état général.

Sous l'influence de la débilitation allant jusqu'à la cachexie, et peut-être aussi sous l'influence du *traitement antisypilitique*, cette malade a eu des troubles gastriques et intestinaux presque quotidiens (nausées, dégoût pour les aliments, coliques, diarrhée) jusqu'au 22 décembre 1872, époque à laquelle on suspendit le traitement spécifique, que l'on reprit le 27 février 1872.

A partir de ce jour, la malade se trouva mieux.

Elle continua à faire usage de la *viande crue*, régime auquel elle avait été soumise huit jours auparavant.

Les forces revinrent graduellement et d'une façon appréciable en peu de temps.

Malgré l'administration du chlorate de potasse, il était survenu un peu de salivation vers le milieu de décembre, durant une semaine environ, sans que la malade en fût incommodée.

Nous devons ajouter qu'un moyen thérapeutique dont l'action sur l'état de l'œil malade n'a pas été douteuse, a été l'emploi fréquent de petits vésicatoires appliqués soit à la tempe soit au front du côté atteint. C'est ainsi que 13

ou 14 vésicatoires ont été appliqués à différents intervalles. Toutes les fois qu'on en faisait usage, et dès le lendemain, la vue, qui précédemment était devenue un peu plus trouble, s'éclaircissait manifestement. Pareil résultat, à la même époque, était obtenu par l'emploi répété de petits vésicatoires sur deux autres malades atteints eux-mêmes d'iritis syphilitique.

La malade commença à se lever vers le 7 février 1872, après avoir gardé le lit durant trois mois environ.

Les forces revinrent peu à peu, et quand elle sortit, le 22 avril 1872, elle était dans un état d'embonpoint excellent, au point qu'elle eût été presque méconnaissable pour celui qui ne l'eût vue qu'au début de son entrée à l'hôpital.

L'œil gauche était aussi bien qu'on pouvait le désirer après les désordres dont il avait été le siège.

A la place de la *hernie choroïdienne* se voyait une petite tache linéaire, brun foncé. L'iris était dans son ensemble d'un bleu plus foncé qu'à droite. A la place qu'avait occupée la tumeur gommeuse restait une *cicatrice*, petite, irrégulière, formée de points et de linéaments blancs, verdâtres et noirs. — Les *bords de la pupille* étaient adhérents presque partout au cristallin; il y avait synéchie postérieure presque complète. La capsule antérieure du cristallin était grisâtre, opaque surtout en son centre et vers la cicatrice de l'iris.

La malade percevait les phosphènes.

La vue, au loin, était trouble.

De près, à deux ou trois pas, elle pouvait distinguer les personnes.

Remarques. En ce qui touche exclusivement à l'affection oculaire, cette observation est intéressante à plusieurs titres.—Il s'agit en premier lieu d'une manifestation syphilitique d'une gravité non douteuse et dont le siège, en ce qui

regarde la tumeur chorôïdienne, paraît avoir été fort rarement observé dans la science. — D'autre part, on a pu voir comment, à l'aide d'un traitement approprié, on est arrivé à sauver presque entièrement un œil qui paraissait perdu au début. On a obtenu ainsi pour l'œil ce que souvent on obtient pour le cerveau et la moelle, dont les fonctions sont gravement compromises par le voisinage de tumeurs syphilitiques. — Il ressort aussi de cette observation, que si le traitement spécifique, malgré les troubles gastro-intestinaux qu'il a déterminés, a été d'une efficacité non douteuse, l'application répétée de petits vésicatoires au front et à la tempe a eu sa part incontestable d'utilité, au point de vue de la guérison des lésions si graves de l'œil.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ des maladies de la peau, comprenant les exanthèmes aigus, par **Ferdinand HEBRA**, docteur-médecin, professeur de dermatologie à l'Université, médecin en chef du service des maladies de la peau à l'hospice général de Vienne. — Traduit et annoté par **M. le docteur A. Doyon**, médecin-inspecteur des eaux d'Uriage. — Édition revue par l'auteur. Tome I^{er}. — G. Masson, éditeur. Paris, 1872.

Ce sera une des singularités historiques de notre époque médicale que la discordance des opinions les plus autorisées sur les maladies de la peau. Sous l'impulsion de l'école actuelle de l'hôpital Saint-Louis et de ses initiateurs **MM. Bazin et Hardy**, cette branche de la nosologie échappait naguère aux méthodes des naturalistes, disciples de **Plenk** et de **Willan**, pour entrer dans une classification moins restreinte, tenant compte à la fois des lésions élémentaires, de leur localisation anatomique et de la nature des affections. Sauf quelques nuances, et à l'exception des dermatoses de cause externe, la tendance des praticiens, en France du moins, n'est-elle pas de rattacher les affections cutanées à un état morbide constitutionnel ou diathésique, sans y voir exclusivement des accidents greffés sur l'organisme? L'étude des dermatoses et la direction de leur traitement ont bénéficié amplement, sans aucun doute, de cette doctrine éclectique qui associe l'observation anatomique à la pathologie générale.

Toutefois, voici un enseignement d'importance capitale

qui s'impose à notre attention sous le titre de *Traité des maladies de la peau*, par le professeur Ferdinand HEBRA. Chargé de la chaire de dermatologie à l'Université et médecin en chef du service des maladies de la peau à l'hospice général de Vienne, le professeur Hebra nous communique l'expérience de vingt et quelques années, dans lesquelles la pratique hospitalière a fourni à son examen plus de 80,000 cas de maladies cutanées. Entre les mains d'un observateur de cette valeur, c'était un champ fécond et inépuisable. Aussi, en face du livre étendu dont M. le docteur Doyon vient de nous enrichir par une traduction très-distinguée, devancé d'ailleurs en Angleterre et en Italie où l'ouvrage d'Hebra, quoique de date récente, est aussi répandu qu'en Allemagne, on a le devoir rigoureux de la plus sérieuse appréciation.

Non-seulement l'auteur a encouragé son interprète, mais dans quelques mots de préface, il s'honore de la publication de son ouvrage « en une langue dans laquelle ont écrit « des hommes tels qu'Alibert, Bielt, Rayer, Cazenave, « Hardy, etc., qui ont ouvert la voie aux progrès de la « dermatologie. » A cette courtoisie, répondra certainement l'accueil du public médical français, assez enclin aux excès de sympathie pour les sources étrangères, mais qui, en définitive, n'a jamais qu'un mobile et qu'un but, à savoir, selon l'expression même d'Hebra, de contribuer à l'édification de l'œuvre commune de la médecine.

Pour le professeur viennois, la peau doit être envisagée comme sujette identiquement aux maladies qui affectent les autres organes du corps humain. Il considère les affections cutanées tantôt produites par hyperémie, anémie, exsudation et hémorrhagie, et tantôt dépendant de néoplasmes, d'hypertrophies, d'atrophies et de névroses. Les processus ulcéreux et les formations parasitaires peuvent être communs au tégument externe et aux membranes muqueuses ;

mais à cela près, la nature des lésions extérieures propres aux affections de la peau constitue, dans leur configuration aussi bien que dans leur mode de développement et de décroissance, une symptomatologie très-spéciale. Hebra n'hésite pas à rattacher les diverses formes des dermatoses aux modifications morbides des éléments constitutifs de la peau. Il va plus loin, partisan avéré des doctrines anatomopathologiques de Rokitanski, sur lesquelles il basera l'étiologie, la classification, et par suite le traitement des maladies cutanées.

Les conséquences découlent de ces préliminaires dans le *Traité* que nous analysons. Si les dermatoses ont été, d'ancienne date, divisées, par rapport à leurs causes, en symptomatiques et en idiopathiques, le professeur Hebra regarde comme problématique la notion d'une dyscrasie préalable, autrement dit de la diathèse herpétique. Rien ne démontre pour lui le lien des affections cutanées avec une disposition constitutionnelle, sinon lorsqu'il s'agit des diverses altérations morbides du sang, lesquelles sont en connexion intime avec les changements qui surviennent à la peau. Hebra accorde également que les maladies de certains systèmes ou de certains organes peuvent retentir sur la peau ; tels sont l'urticaire, l'eczéma, l'acné, les dépôts pigmentaires, qui accompagnent les affections des intestins, de l'appareil sexuel interne, du foie, de la rate, des reins, de l'appareil urinaire, etc., ou la gêne de circulation tégumentaire provoquée par les maladies du cœur, des vaisseaux sanguins, des poumons, etc. ; enfin, il range dans cette même catégorie les influences des actes physiologiques, menstruation, grossesse, dentition, etc. Prenons garde que ce n'est qu'une concession apparente ; car, suivant l'auteur du *Traité*, on a bien constaté la coïncidence de ces maladies internes et des lésions cutanées, voire même leur réaction mutuelle, mais la liaison réelle entre une maladie générale détermi-

née et la dermatose correspondante reste encore à découvrir.

Les conditions d'hygiène, l'âge, l'alimentation, la profession, le milieu, le genre de vie, les influences de climat, ainsi que les phénomènes variés de contagion, ont leur part incontestée dans la production des maladies de la peau. Quant à la transmission héréditaire, on croirait que l'importance de son rôle dépend d'une diathèse communiquée des parents aux enfants ; Hebra y voit le simple effet de la reproduction chez l'enfant de l'habitus entier du générateur. Enfin, si les maladies mentales produisent certaines dermatoses, il n'y a pas de données certaines quant au rapport de l'altération cutanée avec les maladies du système nerveux ; tout au plus les troubles ou sensations morbides qui se joignent aux affections du tégument peuvent-ils conduire à l'idée d'une perversion de l'innervation. Une conclusion, contre laquelle nous réclamerons avec le traducteur d'Hebra, complète cet exposé doctrinal, en proclamant la prédominance des agents extérieurs et qui affectent la peau directement, comme cause productrice des maladies cutanées, sur les phénomènes inhérents à l'organisme lui-même.

Poursuivons l'examen de ces considérations générales, sur lesquelles il faudra revenir et qui forment un faisceau très-complet. Le diagnostic et l'étiologie des dermatoses aboutissent nécessairement aux moyens de guérison dont la médecine dispose contre elles. Hebra décline toute certitude, eu égard à l'état imparfait de la chimie pathologique, dans les essais de thérapeutique applicables aux maladies de la peau. Il s'en tient à l'empirisme, jusqu'à ce qu'une base rationnelle de traitement ait été découverte, et il propose ce vaste champ d'investigation au zèle des médecins. Du moment où il ne saurait être question de modifier un état général qui a provoqué et entretient

l'affection cutanée, il n'y a plus qu'à faire table rase des médications internes, dont quelques-unes, à la vérité, qualifiées indûment de dépuratifs du sang, méritent le blâme que leur inflige Hébra. Tout ce chapitre de thérapeutique s'étend sur le succès des modificateurs directs de la peau, depuis le bain simple jusqu'aux caustiques, excepté dans certaines circonstances, dans les inflammations cutanées à marche aiguë, par exemple, où la méthode expectante devient suffisante.

C'est à propos du traitement apprécié en général, que nous trouvons une opinion souvent reproduite dans le cours du même ouvrage et qu'on aura de la peine à accepter parmi nous. Le professeur Hébra ne conçoit aucune crainte, par l'application de remèdes topiques, à *faire rentrer*, selon l'expression usitée, les maladies de la peau ; il ne croit nullement aux métastases, ni aux effets consécutifs et nuisibles que toutes les écoles ont redoutés dans la guérison trop rapide des dermatoses. « Tout « au contraire, dit-il, nous nous efforçons de trouver les « moyens de les faire disparaître le plus vite possible. » Nous aurons à signaler ultérieurement, non-seulement l'étrangeté, mais encore les dangers pour la pratique d'une affirmation aussi hasardée de la part du savant clinicien de Vienne.

Sa classification des maladies de la peau devait s'inspirer nécessairement des doctrines pures d'anatomie pathologique qui l'ont guidé dans cette étude. Nous dirons qu'elle les dépasse encore, s'il est possible. Comme l'a fait remarquer M. Baudot, dans ses leçons sur les doctrines relatives aux affections cutanées depuis Plenck et Willan jusqu'à nos jours, Hébra n'établit plus une division qu'il semblait avoir acceptée dans le principe, fondée sur la nature des affections, les unes de cause externe, les autres reliées à une cause interne ; il rejette et critique

même assez vivement toutes les classifications proposées avant lui, et s'en tient à la base anatomo-pathologique pour ce classement. Déjà en 1844, il avait, à l'exemple de Rokitanski, cherché une classification des dermatoses qui fût en rapport avec celle appliquée aux affections du reste de l'économie. L'expérience qu'il a acquise depuis lors sur une notable échelle l'a confirmé dans sa première méthode. Selon lui, le système laisse à désirer; mais en réunissant celles des maladies de la peau qui se ressemblent par leur nature essentielle, sans séparer arbitrairement les affections identiques, il se croit d'accord avec l'observation des faits et en tire une déclaration de principes.

Cette classification comprend douze divisions, classes ou familles, comme il suit : 1^o affections hyperémiques de la peau ; 2^o affections anémiques de la peau ; 3^o anomalies des sécrétions des glandes cutanées ; 4^o exsudations et affections sudatives ; 5^o hémorrhagies ; 6^o hypertrophies ; 7^o atrophies ; 8^o tumeurs bénignes ; 9^o tumeurs malignes ; 10^o ulcérations ; 11^o névroses ; 12^o parasites.

Hebra confesse la nécessité où il a été de désigner les deux dernières classes ou familles par l'énoncé de la cause de la maladie, tandis que dans les précédentes il avait eu recours au nom du processus pathologique qui préside, selon des présomptions pour la plupart subjectives, à l'altération cutanée. Ce ne sera pas la seule contradiction que nous ayons à relever dans le cours des doctrines et des observations de l'éminent dermatologiste de Vienne.

Il serait difficile de dépouiller avec détail chacun des chapitres consacrés à ces différentes classes et à la description des affections cutanées qu'elles renferment, sans dépasser les limites d'une analyse bibliographique. Nous nous bornerons à appeler l'attention du lecteur sur

quelques points spéciaux qui nous ont semblé être dignes d'intérêt ou prêter à la critique, dans cet important ouvrage.

Les hyperémies de la peau ont été considérées en *simples* ou *actives*, et en *passives*, *mécaniques* ou *hypos-tatiques*, selon qu'il s'agit d'un afflux congestif du sang dans la partie malade, ou d'un arrêt dans la circulation provenant de stase sanguine. On parcourt ainsi toute la série des erythèmes, soit idiopathiques, soit reliés aux différentes espèces de maladies générales. Parmi les hyperémies passives, se distinguent également celles produites par des causes internes, et d'autres caractérisées par la cyanose dont l'obstruction du cours du sang veineux est l'origine.

Des anémies, provenant de l'injection insuffisante des capillaires de la peau, il ne pouvait être question à titre de maladie cutanée proprement dite. L'auteur les envisage, tantôt eu égard à beaucoup d'états morbides de l'organisme qu'elles expriment, tantôt sous le rapport des modifications que subissent les dermatoses préexistantes, en vertu de l'anémie cutanée. L'insuffisance absolue du sang, une innervation anormale, entraînent, dans des circonstances déterminées, l'état anémique de la peau.

Les affections dues à des anomalies dans les sécrétions des glandes cutanées sont étudiées, selon que les conditions morbides atteignent l'activité fonctionnelle de ces organes, ou qu'on est en présence d'altérations survenant dans leur structure.

Hebra s'attache d'abord aux changements morbides que subissent les sécrétions glandulaires. Pour lui, les données actuelles de la science n'ont pas distingué suffisamment les produits des glandes sudoripares et sébacées ; c'est de la combinaison de ces deux sécrétions, en y ajoutant les fluides et les gaz fournis par les vaisseaux des papilles

cutanées et qui traversent l'épiderme, que résulte l'exhalation normale, qualifiée de *materia perspiratoria* par les physiologistes. Cette exhalation cutanée peut être altérée dans son ensemble, soit sur toute la surface de la peau, soit sur une région confinée du tégument externe; autant de vues pleines de justesse et fécondes en applications pratiques.

Après avoir établi la véritable nature de la sueur des pieds, et surtout bien nettement précisé qu'il n'y a pas un rapport absolu entre l'abondance relative de cette sueur locale et la fétidité qui l'accompagne, comment le professeur, non-seulement qualifie-t-il d'absurdes et sans fondement l'utilité ou la nocuité de cette sécrétion fétide, mais va-t-il jusqu'à contester les mauvais effets de sa suppression? Nous reprendrons la question des métastases, rattachée à celle-là, mais on ne peut que s'étonner d'une assertion si contraire à la pratique journalière.

Il faut suivre l'exposé des altérations de la sécrétion sudoripare, soit dans les changements de quantité (hyperidrose, anidrose), soit dans la modification de qualité (chromidrose, hæmatidrose, etc.), celui des états morbides causés par altération de la sécrétion ou de la structure des glandes sébacées (séborrhée et affections folliculeuses), pour se rendre compte de l'exactitude qu'apporte Hebra dans l'examen des symptômes et dans la détermination de la marche des affections cutanées. Notons en passant qu'il range dans les anomalies de sécrétion des glandes cutanées le *molluscum contagiosum* de Bateman et de Willan; c'est une nouvelle preuve des qualités de clinicien qui le distinguent à tant de titres.

La quatrième classe, celle des maladies de la peau causées par des processus exsudatifs, va nous arrêter davantage. Elle comprend la majeure partie des dermatoses, puisque la plupart de celles-ci, aux yeux du moins des

anatomo-pathologistes, dépendent de phénomènes exsudatifs, caractérisés eux-mêmes par la présence de produits inflammatoires dans les tissus cutanés.

Pour le professeur Hebra, toutes les fois qu'il existe des vésicules, des bulles ou des pustules, produites par l'accumulation d'un liquide séreux ou purulent sous l'épiderme, on est en présence d'une inflammation de la peau. Est-il possible de distinguer de la sorte ce qui appartient à l'accumulation du sang dans un point de la membrane tégumentaire, à l'hyperémie en un mot, des phénomènes exsudatifs proprement dits? Beaucoup de dermatologues, Rayer entre autres, avaient confondu ces caractères; mais il y a ici une ligne de démarcation purement artificielle, dont l'auteur convient lui-même. A l'exemple de ses devanciers dans cette méthode anatomique, Hebra s'efforce de rechercher des analogies avec le furoncle, type de sa quatrième classe. Les tumeurs cutanées, les tubercules, papules, élevures, stigmates rentreront pour la plupart dans le même processus originel. Parfois, survient telle circonstance où la notion d'un processus exsudatif est difficile à déterminer, puisqu'on ne constate ni aucun produit inflammatoire liquide, ni tuméfaction de la peau par matières infiltrées, ni même aucune trace d'efflorescence circonscrite. Hebra supplée à ces obscurités et établit son diagnostic sur les phénomènes de pigmentation et de desquamation, lesquels, selon lui, sont l'attribut exclusif des affections cutanées inflammatoires et non des hyperémies proprement dites.

Nous insisterons sur les prémisses de la classification des dermatoses exsudatives, telles qu'elles sont énoncées dans le *Traité des maladies de la peau* du professeur viennois, afin de bien prémunir les lecteurs sur la portée de cet enseignement. Ce n'est pas qu'il ait le mérite de la nouveauté. Développant les principes de l'école anglaise,

Rayer essayait déjà de fonder chez nous une classification basée sur le processus et la modalité pathologiques. La pustule variolique côtoyait la pustule de l'aéné dans la classe d'inflammations de la peau qu'il emprunta à Willan, et il serait oiseux de reprendre ici toutes les critiques opposées judicieusement à cette méthode, qui ne tient pas un compte égal de la lésion élémentaire et de la nature des affections. Comme celle de Rayer, la classification d'Hebra accouple les variétés les plus contradictoires des lésions dermiques pour en composer des groupes arbitraires. C'est ce qui ressortira évidemment de notre exposé.

Comme base de la classification des dermatoses exsudatives, Hebra a choisi la durée du développement et de l'évolution de l'éruption; de là, une division des affections de la peau causées par des processus inflammatoires en deux classes, en *aiguës* et en *chroniques*. Dans ces deux groupes, la cause et la forme externe conduisent à des subdivisions où précisément la force des choses, pour mieux dire l'observation exacte des faits, oblige le dermatologue à rattacher les diverses formes de processus inflammatoires aux conditions dans lesquelles elles se développent.

Les dermatoses exsudatives, à marche aiguë, peuvent être contagieuses, le produit ou l'origine d'un principe infectieux; ou bien elles ne doivent rien à la contagion et ne la provoquent pas pendant leur évolution. Vis-à-vis des dermatoses contagieuses, aiguës, exsudatives, Hebra ne peut se défendre de l'idée de famille générale que devait inspirer l'uniformité frappante des symptômes qui les caractérisent et dont tant de maîtres de la science, depuis Mercurialis et Lorry, ont admis l'existence *sui generis*. Mais l'école de Vienne récuse cette analogie et ne reconnaît dans les dermatoses que des modifications des produits naturels, différentes selon les divers individus. En

conséquence, le professeur Hebra n'hésite nullement à appliquer les principes du système naturel aux *exanthèmes* ; c'est-à-dire, et ceci mérite d'être rapporté textuellement, qu'il entend par exanthème : « une maladie qui attaque l'organisme tout entier, est accompagnée de symptômes fébriles, présente certains phénomènes définis sur la surface cutanée, développe un principe contagieux, et enfin, suit une marche aiguë dont on peut d'avance prévoir la durée. » N'est-ce pas le cas de répéter, avec M. Noël Gueneau de Mussy, dans sa remarquable introduction au *Traité de l'angine glanduleuse*, qu'un pareil rapprochement entre les fièvres éruptives et les affections herpétiques ne peut provenir que d'une singulière préoccupation d'esprit, pour le moins d'un parti pris systématique qui supprime la raison des maladies par leur prétendue individualité ?

Dans le groupe des dermatoses non contagieuses, aiguës, exsudatives, on compte trois subdivisions : 1° Les *erythèmes polymorphes*, comprenant des éruptions erythémateuses fugitives, l'erythème noueux, la roséole exsudative et l'urticaire, affections que n'accompagnent pas de symptômes fébriles essentiels. 2° Les *dermatitides propres*, ou inflammations de la peau dans le sens le plus strict du mot ; du moins c'est ainsi qu'Hebra les qualifie, tout en avouant que la distinction des inflammations erythémateuses et erythémateuses de la peau d'avec les dermatitides propres devient parfois très-difficile à établir. « On peut se consoler, dit-il, par le fait que dans aucune des sciences naturelles il n'est possible d'adopter avec une rigueur parfaite un arrangement systématique. » C'est toujours ce que nous avons été en droit de reprocher à ceux qui ne considèrent la question des dermatoses qu'au point de vue anatomo-pathologique. Aussi voyons-nous sans surprise le professeur viennois aller au-devant

de ces objections, quand, d'accord avec Rokitsky, il concède une base de classification aux diverses formes d'inflammations cutanées, et l'emprunte à la *nature de la cause*. Ces affections se séparent, dans son tableau, en *idiopathiques* et en *symptomatiques*. Il ne suffit donc pas de la connaissance du processus morbide, si l'observation force à remonter à la source des phénomènes simultanés. 3° Les maladies aiguës exsudatives de la peau, caractérisées par l'accumulation de liquide sous l'épiderme, à la façon des vésicules ou des bulles, forment un groupe sous le nom de *phlycténoses*. Elles se distingueraient des autres affections vésiculeuses par leur disparition spontanée en très-peu de temps et d'un pronostic certain.

Enfin, les dermatoses exsudatives, qui ont une marche chronique, étant rangées par Hebra suivant la classification de Plenck et de Willan, qu'il préfère à d'autres, nous nous contenterons de signaler la caractéristique de cette classification, qui néanmoins se différencie de la méthode anglaise, en ce que tous les symptômes objectifs servent à former les différents groupes d'éruptions, et non pas seulement l'efflorescence primaire accidentelle. Ainsi distingue-t-il des dermatoses squameuses, prurigineuses, acnéiformes, pustuleuses et pemphigoïdes. Qu'ajouter de plus, sinon que l'*eczéma*, la *gale* et le *prurigo* figurent dans le même groupe, et que l'*impétigo* et l'*ecthyma* en composent un autre ? C'est là un effet de ce système naturel que le professeur Hebra vante comme le plus propre à la compréhension facile des maladies de la peau et qui répondrait le plus complètement, d'après lui, aux besoins pratiques du maître et de l'élève.

Faute de pouvoir suivre ici, dans toutes ses parties, le programme qui vient d'être tracé, nous en extrairons, chemin faisant, les particularités les plus frappantes et surtout celles qui méritent d'être discutées.

La rougeole, la scarlatine, la variole, la vaccine donnent lieu à autant de monographies complètes, où l'historique, les symptômes et la marche de l'éruption dans son cours normal, ou avec ses anomalies et ses irrégularités, les affections coexistantes, les conséquences morbides, tout ce qui concourt au diagnostic et au pronostic, et finalement le traitement, sont exposés avec une précision savante et suivant une portée pratique qu'on ne saurait trop recommander. Le chapitre consacré à la rougeole (*morbilli*) avait été rédigé par feu le docteur Frantz Mayr, professeur de clinique des enfants, et le professeur Hebra l'a revu.

Nous aurions bien quelques remarques à relever dans ces divers chapitres, par exemple relativement à l'innocuité prétendue de la douche d'eau froide à la période d'efflorescence de la variole. Le traducteurs'en étant acquitté dans des notes très-judicieuses, notre tâche est abrégée. Nous en dirons autant de l'identité de la vaccine et de la variole, qu'Hebra n'hésite pas à admettre, et que les expériences faites à Lyon en 1863, sous l'inspiration et la direction de M. Chauveau, ne permettent plus de regarder autrement que comme des individualités distinctes.

Parmi les érythèmes polymorphes, division que nous avons dite tirée de Willan, se recommande une description de la pellagre, due, comme celle de la rougeole, à la plume du professeur Mayr ; sous une forme concise, elle reproduit l'état de nos connaissances sur cette singulière affection, qu'Hebra range avec l'acrodynie au nombre des *érythèmes exsudatifs*, parce que, à son point de vue, quelle que soit leur nature réelle, ces deux maladies peuvent, dans quelques cas, être considérées comme érythémateuses. Nous en appelons aux praticiens d'une assertion aussi aventurée.

En tête des phlycténoses, figure l'herpès. Il sera indis-

pensable de recourir à l'ingénieuse dissertation historique par laquelle le professeur Hebra motive sa manière de considérer l'herpès ; mais, en définitive, le type qu'il adopte n'est autre que celui décrit par Willan et devenu classique dans son école. Dans le même chapitre on doit reconnaître combien le tableau tracé de l'herpès et de ses variétés, par Hebra, paraît saisissant et lumineux. C'est à regretter de borner ce jugement à une simple affirmation, dont le lecteur vérifiera la justesse.

La miliaire, le pemphigus aigu terminent la série des dermatoses exsudatives aiguës non contagieuses. Avec le psoriasis, nous entrons dans les dermatoses exsudatives chroniques. Comment s'empêcher d'un certain étonnement en apprenant de la bouche d'Hebra que les rapports du psoriasis avec une influence diathésique ou constitutionnelle, avec une dyscrasie, sont imaginaires ? M. Doyon, dans une note substantielle de la traduction, a protesté, au nom de l'observation dermatologique, nous ajouterons au nom de la vraie médecine, sans acception d'écoles ou de doctrines, contre une négation que rien ne justifie, que son auteur même promulgue comme un dogme infailible et ne s'abaisse pas à discuter contradictoirement avec les théories qui lui sont opposées. Les autorités sur lesquelles se fonde la réclamation du traducteur sont les nôtres, et nous affirmons avec lui que les manifestations du principe herpétique, ces effets si variés selon tant de circonstances, ne s'expliquent physiologiquement, analogiquement et logiquement, que par l'existence d'une cause dyscrasique constitutionnelle.

L'argumentation à laquelle se livre Hebra pour justifier son opinion et qui l'entraîne même à ne voir dans la transmission héréditaire du psoriasis qu'une simple naturalisation de la maladie de la famille, ne manque pas d'un certain intérêt, au point de vue du parti pris.

La thérapeutique du psoriasis comporte, en revanche, un modèle d'exposition et de critique de toutes les médications préconisées contre cette rebelle maladie. Chacun consultera avec fruit et à diverses reprises cette dissertation, empreinte d'une expérience pratique dont il n'y a guère d'analogues dans l'étude des maladies de la peau. M. Doyon, en note, nous offre la leçon d'Hebra sur le traitement local du psoriasis comme une conquête et une révélation pour beaucoup de médecins, à quelques légères omissions près. Notre impression est la même, en retenant l'impartial aveu du maître sur l'incertitude absolue des moyens curatifs opposés au psoriasis ; on comprend d'autant moins son obstination, en présence de résultats si formels, à ne voir dans la dermatose dont il s'agit qu'une altération accidentelle ou locale, et non pas une affection *totius substantiæ*.

Dans le lichen, Hebra a dépeint les caractères d'un *lichen scrofulosorum*, qu'il reconnaît coexister avec les manifestations de la diathèse scrofuluse et qu'il distingue d'une autre affection, le *lichen ruber*, rapprochée, selon lui, du psoriasis. Cette seconde affection ne serait décrite dans aucun ouvrage de dermatologie, d'une manière spéciale, et il en établit le diagnostic différentiel avec le *psoriasis*, l'*eczéma* et le *pityriasis rubra*.

L'eczéma ayant été l'objectif de toutes les écoles dermatologiques, Hebra ne se croit plus dispensé de dédaigner les opinions qui se sont divisées sur ce sujet. Son analyse historique témoigne de nombreuses recherches, sauf en ce qui regarde M. Bazin, passé sous silence d'une façon inexplicable dans l'examen de l'école française. M. Doyon y a obvié, mais nous n'en tenons pas moins le fait pour un déni de justice. L'eczéma arthritique n'est peut-être pas entré complètement dans le domaine médical, à côté des eczémas dépendant de la dartre et de la scrofule ; toute-

fois, le rapport de cause à effet est si favorable à cette vue en bien des cas, qu'on doit l'accepter sous bénéfice d'inventaire.

Pour le professeur Hebra, les caractères extérieurs, ainsi que c'était facile à prévoir, sont seuls significatifs dans l'eczéma ; mais il ne considère pas la formation des vésicules, et subséquemment celle d'une surface humide dépouillée de son épiderme comme suffisante à caractériser la maladie ; il admet comme variétés de la même affection tous les changements morbides observés dans le cours du développement et de la rétrocession de l'eczéma vésiculeux ordinaire et humide.

En cela, comme dans la dissertation étendue qu'il consacre à l'eczéma aigu, nous sommes loin de l'hôpital Saint-Louis et de sa clinique. Toutefois, il est équitable de reconnaître qu'à son tour le professeur viennois s'empresse de supprimer les divisions exagérées dont on s'est plu, dans le courant des périodes médicales, à embarrasser la classification des dermatoses ; ses efforts tendent à les ramener à des types essentiels, et c'est, nous en sommes d'accord avec M. Doyon, acte d'un esprit philosophique et pratique à la fois. Quant à l'eczéma chronique, il n'est pour lui que la représentation sous une forme persistante des phénomènes déjà décrits à propos de l'état aigu ; seulement les diverses influences extérieures agissant sur les points attaqués et les particularités locales des régions plus spécialement envahies impliquent des modifications dont il y a à tenir compte. Nous ne nous appesantirons pas sur ces variétés, sinon en signalant, à l'exemple du traducteur, la confusion de l'eczéma dénommé *marginatum* avec une affection douée de tous les caractères d'une affection parasitaire, ainsi que l'ont démontré des observations et des expériences du docteur Pick, diagnostic éclairé par les précieux travaux de M. Bazin sur les affections cutanées parasitaires.

La série des dermatitides propres ou inflammations propres de la peau, soit accidentelles, soit symptomatiques, fournit occasion à l'auteur d'entrer dans des considérations thérapeutiques très-profitables, notamment pour le traitement des brûlures, des inflammations cutanées par action du froid, etc. Nous signalerons de même le chapitre de l'érysipèle.

En ce qui touche au traitement de l'eczéma, se reproduit la subordination de toutes les médications passées et présentes à l'opinion de l'auteur sur la nature et l'étiologie des éruptions eczémateuses. Tenant les méthodes préconisées par ses prédécesseurs et ses contemporains pour imparfaites et illusoires, c'est par pure logique qu'il déclare hautement son système thérapeutique capable de guérir la grande majorité des cas de l'eczéma, de soulager tout le monde, et de ne faire de mal à personne.

La revue critique des divers traitements opposés à l'eczéma ne manque pas toutefois d'une certaine originalité. Nous citerons, entre autres remarques, l'anathème que jette Hebra à la vieille méthode des purgations dans l'eczéma chronique, et cette autre guerre qu'il avait déjà faite à propos de la cure du psoriasis contre l'utilité des décoctions de bois appelés *purificateurs du sang*. Cette dernière critique du moins puise sa justification dans la pratique. Mais que conclure du rejet des agents modificateurs, tels que l'huile de foie de morue et l'arsenic ? A peine le professeur viennois reconnaît-il à l'arsenic une influence sur la formation de l'épiderme. On doit, dit-il, et cela vaut la peine d'être extrait textuellement de son livre, on doit : « réserver l'emploi de ce remède pour les cas d'eczéma chronique, opiniâtre et général, cas toujours compliqués d'affaiblissement des organes digestifs et de la perte de l'appétit, et dans lesquels on est obligé dans la pratique de prescrire un remède interne, ne fût-ce que pour sa-

« tifier le malade et ses amis. » M. Doyon a réclamé en note contre une conclusion aussi arbitraire, et nous ne saurions qu'applaudir à cette réhabilitation du médicament le plus actif dont la médecine dispose dans le traitement des manifestations eczémateuses.

C'est donc au traitement local de l'eczéma, abstraction faite de toute médication interne, qu'Hebra donne la supériorité, conséquent en ceci avec ses doctrines. Les pansements à l'eau, le plus souvent froide et même réfrigérée à l'aide de la glace, en forment la base. On étudiera avec curiosité ce mode de combattre et de vaincre l'irritabilité de la peau. Les bains et douches de vapeur sont vantés dans un sens analogue, et aucun détail ne manque à l'exposition du procédé. L'application des substances grasses et oléagineuses, simples ou mélangées à des substances plus ou moins actives, les lotions de sulfate de zinc, de sublimé, de borax, de potasse caustique, les préparations de goudron prennent rang à la suite. Nous ne connaissons pas d'exemples de prescriptions aussi minutieuses que celles auxquelles semble se complaire le clinicien de l'hospice général de Vienne. Ce qui se fait parfois à Saint-Louis, en pareil cas, il conteste toute efficacité au soufre et à ses préparations, y comprises les eaux sulfureuses, dans le traitement de l'eczéma. Entamer une discussion sur ce point de la thérapeutique des maladies de la peau, ce serait aborder un sujet épuisé et qui nous entraînerait trop loin. M. Doyon n'a pas omis de commenter cette assertion d'Hebra, comme il lui appartenait de le faire péremptoirement. Nous passons encore sous silence les indications que l'auteur tire des différentes localisations de l'eczéma, et où l'on recueillera plus d'une utile prescription. Avec le savant traducteur, il ne nous reste qu'à déplorer non-seulement une doctrine si absolue, tendant à faire des topiques irritants la seule médication de l'eczéma,

mais encore, alors que la nature, le mode d'application et les effets de ce traitement externe ont été tracés avec tant de détails, l'incertitude dans laquelle reste le praticien sur les cas particuliers qui sont justiciables de l'action topique. C'est une lacune considérable et dont les conséquences évidentes pour le malade et pour le médecin sont d'autant plus fâcheuses qu'elles appartiennent à un enseignement haut placé.

L'historique de la gale, sa symptomatologie, sont relatés avec une richesse et une exactitude de recherches qui leur impriment la plus parfaite valeur. Pourquoi, dans une description aussi complète, avoir rapproché les caractères de cette affection de ceux de l'eczéma, en déclarant impossible de considérer les phénomènes de la gale comme produits uniquement par la présence des acares? Il semble que le professeur Hebra obéit à un penchant pour les contradictions énigmatiques, et l'on ne sera guère étonné que, partant de pareilles vues, il n'ait approfondi la contagiosité des galeux qu'en invoquant un grattage mutuel, et non pas d'après l'observation physiologique des habitudes de l'acarus.

Nous aurions à insister encore sur le diagnostic du prurigo, dont les signes différentiels sont étudiés avec une rare sagacité, sur le traitement qu'Hebra oppose à cette affection, au moyen de bains de goudron administrés d'après une méthode ingénieuse.

L'*acné disseminata* est envisagé d'après une doctrine de Virchow, en vertu de laquelle un processus irritatif se développe autour d'un follicule pileux par suite de la rétention de sa sécrétion, et prend un caractère inflammatoire. Bien entendu, le traitement de cette affection ainsi caractérisée ne sortira pas du cercle des applications locales.

Le *sycosis*, loin de se rattacher à une intervention de

parasite, n'est plus lui-même qu'une inflammation des follicules pileux, dont la cause reste inconnue.

L'*acné rosacea* ne provient pas d'un processus inflammatoire, mais consiste dans la formation de nouveaux tissus conjonctifs et vasculaires, et le traitement qui lui convient doit être exclusivement local.

Quant aux éruptions pustuleuses, elles ne sont considérées que comme des produits morbides secondaires, les unes provenant d'éruptions primaires provoquées par des irritants extérieurs, les autres résultant d'une affection interne du sang ou du système nerveux. Ce qui frappe, à propos de la première division, c'est une digression contre la méthode révulsive, laquelle Hebra va jusqu'à accuser d'impuissance absolue, quand elle n'est pas nuisible. Le traducteur a encore pris à tâche, avec juste raison, de réfuter une exagération aussi contraire aux leçons de la vraie pratique.

Les derniers chapitres ont trait au *pemphigus chronique*, dont l'étiologie fournirait matière à divergence, au *rupia* et aux *extravasations sanguines*.

Tel se développe le premier volume du *Traité des maladies de la peau* du professeur Hebra, ouvrage plein de faits et d'idées, marqué au sceau d'une véritable expérience, sinon exempt de dogmatisme exclusif, ainsi que nous nous sommes efforcé de le mettre en relief. La tendance anatomo-pathologique de cette œuvre magistrale ressort à chaque page, voire même en dépit des contradictions inévitables que comporte une étude si utile. Nous avons appuyé, tant à propos de la classification que de la succession des sujets qui en découlent, sur la négation des diathèses et l'importance absolue que le professeur attache aux altérations du tégument externe, au nom de ses vingt années de pratique nosocomiale. Certes, l'école française ne conteste pas que la peau

ne puisse être le siège d'actes pathologiques, consécutive-
ment à des causes diverses, par exemple au contact habi-
tuel de matières irritantes, entre autres par le manque de
soins hygiéniques ; mais, et nous partageons en cela l'opi-
nion émise par M. Durand-Fardel, dans son *Traité des
maladies chroniques*, s'il est parfois difficile d'assigner une
caractéristique précise à la diathèse herpétique, il n'en
reste pas moins acquis que l'herpétisme a une prédilec-
tion pour la peau, de même que la goutte se manifeste aux
articulations, que le rhumatisme se porte au tissu fibreux,
et la scrofule siège sur le système ganglionnaire de préfé-
rence. L'argumentation d'Hebra n'a ébranlé en aucun
point cette notion, subjective sans doute, mais qui démontre
un rapport étroit entre les diathèses les plus formelles et
le système anatomique approprié à leurs déterminations
respectives. Nous avons été à même de trouver la notion
anato-pathologique en défaut ou insuffisante à la préci-
sion du diagnostic. Il suffirait, pour renverser cette théorie,
de comparer la lenteur de la marche des affections herpé-
tiques héréditaires et la fréquence de leurs récides avec
la facilité et la promptitude de la guérison des éruptions
artificielles. C'est ce qui a été surabondamment prouvé en
dermatologie, sans entrer dans d'autres considérations, telles
que l'influence de la menstruation, de l'âge critique, sur
l'évolution des dartres. Il reste à comprendre pourquoi,
dans plus d'un passage de son livre, Hebra croit devoir
qualifier de romantiques les idées générales étrangères
aux siennes, et de doctrinaire quiconque n'admet point les
opinions exclusivement localisatrices qu'il professe.

Quelles objections ne soulèverait pas, à aussi bon droit,
la persistance avec laquelle il raille impitoyablement la
crainte des métastases dans le traitement des maladies de
la peau ! En serions-nous réduits à séparer les manifesta-
tions cutanées des affections morbides, avec lesquelles

elles ont des rapports si nombreux et variés ? Pierre Frank admettait déjà l'existence des affections impétigineuses internes. On ne peut qu'arguer, à la suite des maîtres les plus compétents, du retentissement des exanthèmes fébriles sur les membranes bronchiques, intestinales, urinaires. Nous répéterons avec M. Gueneau de Mussy déjà cité, qu'en voyant souvent des dartres, des catarrhes pulmonaires, des diarrhées rebelles se succéder et se contrebalancer, il est difficile de ne pas reconnaître une connexion entre ces diverses affections. Chomel a constaté même une alternance entre certaines névralgies et les manifestations herpétiques, les unes et les autres cédant à un même agent curatif. La plupart des médecins de tous les âges ont été unanimes dans certains cas, lorsque de semblables alternances avaient été observées, pour respecter l'affection de la peau existante, chercher à la fixer lorsqu'elle se déclare, même la rappeler et la reproduire, s'il est possible, et plus tard, favoriser son développement sans s'opposer à sa marche, dans l'espoir d'en obtenir la guérison. Ainsi s'exprime **Rayer** qui proposait, lui aussi, une classification fondée sur l'anatomie pathologique. Sans recourir à d'autres démonstrations ou aux autorités nombreuses que nous pourrions invoquer à l'appui de cette critique, qu'il nous soit permis du moins de nous récrier quand des leçons aussi contraires à l'observation descendent d'une chaire clinique éminente et risquent d'engager les disciples et les praticiens dans des voies contraires au but de la médecine.

Un second volume complétera celui que nous venons de parcourir, et contiendra les hypertrophies, les atrophies, les tumeurs, les ulcérations, les névroses, les parasites. A en juger par le tome premier, la nosographie de la peau sera alors en possession d'un véritable monument. Malgré les dissidences qu'il a été de notre devoir d'énoncer, il n'en coûtera à personne de rendre hommage à l'érudition profonde,

à l'incomparable expérience qui caractérisent le traité d'Hebra. On a décerné déjà le plus bel éloge à cette œuvre, en égalant les descriptions qu'elle renferme à celles dont Arétée nous a laissé les modèles dans ses relations de l'angine diphthéritique et de l'éléphantiasis. Nous nous y rallions très-sincèrement. Il y a telles pages sur le proriasis et l'eczéma, sans parallèle possible. Grâce en soient rendues à M. le docteur Doyon, qui a accompli avec un mérite incontestable l'entreprise extrêmement laborieuse de sa traduction. Forme et pensée, tout est reproduit avec une précision scrupuleuse, qui n'exclut pas l'élégance, et à laquelle le lecteur rendra aussi pleine justice. M. Doyon n'a jamais laissé passer les doctrines contraires à celles que nous tenons de l'expérience, sans mettre les écoles française et viennoise en regard. C'était le seul moyen d'écarter les malentendus ou de redresser les déviations. Des notes nombreuses, auxquelles nous avons fait des emprunts, tout naturellement par identité de vues, accompagnent le texte du *Traité des maladies de peau* et n'embarrassent ni son originalité d'allures, ni sa portée scientifique. M. Doyon se propose également de publier, avec la dernière livraison, une introduction générale, afin de mettre en balance l'œuvre du professeur viennois avec les différents travaux du même ordre qui ont paru à diverses époques, soit en France, soit à l'étranger. D'ailleurs l'auteur ayant refait, pour les rendre plus complets, plusieurs chapitres de son ouvrage, lorsqu'il a été traduit en anglais, l'interprétation française s'est guidée avec soin sur cette édition de Londres ; c'est à juste titre que M. Doyon nous informe qu'il livre au public une œuvre plus achevée que l'édition allemande originale. Nous ajouterons qu'on ne citerait pas d'ouvrage de médecine étrangère qui ait été interprété dans notre langue avec plus de talent et de succès.

E. LE BRET.

REVUE DES JOURNAUX.

CAS D'ICHTHYOSE DE LA LANGUE, PAR FAIRLIE CLARKE.

Il s'agit d'un homme de 38 ans qui a contracté la syphilis 14 ans avant son entrée à l'hôpital; depuis 11 ans sa langue est sujette à des manifestations ulcéreuses pour lesquelles on a abusé des cautérisations. Devons-nous accepter comme un cas d'ichthyose la transformation dure, cornée qu'a subie l'organe surtout dans les points les plus atteints par les cautérisations, et en général sur toute sa face dorsale? Nous préférons y voir une sclérose des couches superficielles de l'organe, sclérose qu'expliquent bien ses inflammations réitérées. L'auteur du reste est loin d'être affirmatif dans les réflexions qui suivent son observation. Il propose de remplacer le mot d'ichthyose par celui de papillome, qui est loin d'être la même chose; il parle même un peu plus loin de la transformation possible de cette affection en un cancer épithélial (?). Un traitement ioduré a guéri rapidement une légère ulcération de l'organe, mais n'a modifié en rien la lésion principale que le docteur Clarke regarde comme incurable.

(*The Lancet*, mars 1872.)

DU TRAITEMENT DE LA LÈPRE TUBERCULEUSE, PAR TILBURY FOX.

La lèpre peut-elle être sinon guérie, du moins améliorée par un traitement interne? M. Tilbury Fox préconise le sulfate de quinine à doses élevées longtemps continuées, et a présenté dernièrement à la Société clinique de Londres un enfant de 11 ans, atteint de lèpre tuberculeuse et anesthésique,

sur lequel il a obtenu par ce moyen une amélioration incontestable, portant sur l'état général, mais aussi sur l'état local de la face et des fosses nasales où l'hypertrophie produite par les dépôts tuberculeux aurait notablement diminué. Attendons de nouveaux faits pour nous prononcer sur la valeur de ce traitement dans une affection dont la marche a jusqu'ici été regardée comme fatale. Il est à noter que M. Tilbury Fox n'a point seulement eu recours au traitement général, mais en même temps au traitement local par l'huile d'acajou, à laquelle il donne la préférence sur l'acide arsénieux et l'acide carbolique, en recommandant de n'en user qu'avec précaution.

(*The Lancet*, mai 1872.)

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

Archiv für dermatologie und Syphilis.

1872, N° 2.

De la variole. Observations faites dans la division des varioleux de l'hôpital général de Hambourg du 1^{er} mars au 1^{er} août, par Knecht.

Sur la simultanéité de deux exanthèmes aigus, d'après de nouvelles observations, par Fleischmann.

Syphilis du cerveau et du système nerveux, par Alrik Ljunggrén.

Sarcome pigmentaire multiple, idiopathique, de la peau, par Kaposi (Moritz Kohn).

Tribut à la pathologie du sang, à propos de cette question : Le sang des syphilitiques présente-t-il des caractères spécifiques qui permettent de le distinguer ? par Stricker.

Recherches sur l'impossibilité du diagnostic de la syphilis au moyen de l'examen microscopique du sang, par Köbner.

American Journal of syphilography and dermatology.
1872, n° 1.

Note sur un signe diagnostique de la phthyriase, par Tilbury Fox.

Observations cliniques sur la démence et l'hémiplégie syphilitiques, par H. Henry.

De l'électricité dans le traitement des maladies de la peau, par Beard.

Dactylite congénitale syphilitique, par Curtis Smith.

Observation de syphilis rapide, accompagnée de bronchite capillaire et de solidification lobulaire des poumons, par Hand.

Epitheliona du penis ayant envahi la totalité de l'organe, par J. Dwyer.

N° 2.

Sur le traitement des maladies vénériennes tel qu'il est institué à l'hôpital de Vienne sous la direction du professeur V. Sigmund; comprenant toutes les formules, par Henry.

Cas de dactylite syphilitique, par Wigglesworth.

Cas de maladie vénérienne présentant quelques points anormaux, par Packard.

N° 3.

Contributions à la physiologie et à la pathologie des cicatrices, par Swerchesky.

Vératrune et vératrine comme parasitocides, par Peugnet.

Choroïdite syphilitique avec exsudation circonscrite dans la choroïde, par Pooley.

Observations cliniques sur les maladies syphilitiques du système nerveux, par Cross.

LE BUSTE DE M. BAZIN.

Au 31 décembre de cette année, M. Bazin, parvenu à la limite d'âge réglementaire, va quitter l'hôpital Saint-Louis. — Nous lisons dans le n° du 12 novembre de la *Gazette des hôpitaux*, que des collègues et des élèves de M. Bazin, désirant consacrer le souvenir de son enseignement clinique si remarquable, ouvrent une souscription dont le produit est destiné à placer le buste du maître dans la salle où il faisait ses conférences.

Les *Annales de dermatologie et de syphiligraphie* s'associent pleinement aux réflexions de la *Gazette des hôpitaux* : « L'idée de perpétuer par un pareil hommage le « souvenir d'un cours qui a été l'un des plus originaux et « des plus suivis à la fois de l'enseignement libre, honore « également ceux de nos confrères qui en ont eu l'initiative « et l'éminent praticien qui en est l'objet. »

M. Bazin, en effet, par ses travaux, par son enseignement, a non-seulement projeté la lumière sur bien des points jusqu'alors obscurs de la dermatologie, — et nous n'aurions pour justifier cet éloge qu'à rappeler ici ses remarquables recherches sur les maladies cutanées parasitaires, — mais encore il aura eu l'incontestable mérite de restituer à la dermatologie la place d'élite qu'elle doit occuper dans la pathologie. Il aura été le premier à appeler l'attention de la génération médicale actuelle sur les questions si ardues et si complexes d'étiologie et de thérapeutique que l'étude philosophique des dermatoses soulève et résout à la fois. Les cliniques du pavillon Saint-Mathieu, où, pour entendre la parole du maître, se pressaient les élèves, les médecins de Paris, de la province et de l'étranger, resteront comme des modèles de clarté, de précision et de véritable originalité.

A. D.

Les souscriptions sont reçues chez M. le docteur CONSTANTIN PAUL, 29, rue de l'Université, et dans les bureaux de la *Gazette des hôpitaux*, 57, rue des Saints-Pères.

ANNALES
DE
DERMATOLOGIE
ET DE
SYPHILIGRAPHIE

I

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA SYPHILIS CONSTITUTIONNELLE AYANT POUR ACCIDENT INITIAL LE CHANCRE MOU.

Note lue à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 26 juillet 1872, par M. E. VIDAL, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Le chancre mou peut-il être l'accident initial de la syphilis?

Telle est la question si controversée en ces dernières années, et sur laquelle se divisent les opinions des syphiligraphes les plus autorisés, que je voudrais entendre discuter par les membres de notre société, en l'envisageant sous son point de vue pratique. Nous comptons parmi nous les médecins de l'hôpital du Midi et de l'hôpital de Lourcine; plusieurs de nos collègues ont été chargés dans ces établissements spéciaux du traitement des syphilitiques; tous nous avons, en outre de notre clinique hospitalière,

une pratique civile étendue. Il n'est donc aucun de nous qui ne puisse apporter à la discussion le tribut de son expérience.

Deux fois pour ma part, alors que je croyais encore à la nécessité de l'induration du chancre comme prélude obligé de la syphilis, j'ai commis une cruelle erreur de pronostic.

Observation I.

En 1855, un jeune homme de 24 ans, sans antécédents vénériens, vint me consulter pour trois chancres mous datant de six jours. Le dernier rapport sexuel avait eu lieu deux jours avant l'apparition de la première ulcération. Quant à la date du coït infectant, il était impossible de la préciser, le malade ayant à cette époque deux maîtresses, et passant tous les deux ou trois jours une nuit tantôt avec l'une tantôt avec l'autre.

Les chancres, dont deux occupaient la base du gland et le troisième le prépuce, étaient taillés à pic et avaient tous les caractères des chancres mous. Vers le dix-neuvième jour, ils étaient cicatrisés.

Le malade était fort inquiet. Constatant l'absence de toute induration, même après la cicatrisation qui fut assez rapide, je crus être en droit de formuler un pronostic rassurant sur les suites de ces ulcérations, que je considérais comme des chancres simples ou chancroïdes. Deux mois après j'étais détrompé. Des plaques muqueuses des commissures labiales et une roséole venaient me prouver que le chancre mou, le moins suspect d'induration, peut être l'accident initial de la syphilis.

J'aurais évité ma méprise et les reproches justement mérités qu'elle m'attira, si un mois plus tôt, une dizaine de jours après la cicatrisation des chancres, j'avais compris la signification de l'engorgement des ganglions inguinaux, sur lequel le malade attirait mon attention. Ils commençaient déjà à s'indurer et à prendre les

caractères de chapelets ganglionnaires, que je retrouvais très-manifestes au moment où je constatais l'existence de l'exanthème syphilitique et des plaques muqueuses.

Observation II.

Le sujet de ma deuxième erreur, M. G. V., âgé de 22 ans, auquel j'avais donné des soins il y avait environ dix-huit mois pendant une blennorrhagie, son premier accident vénérien, vint me consulter le 6 novembre 1865 pour un chancre de la base du gland, à droite du frein. Cette ulcération à bords irréguliers, taillés à pic, à fond grisâtre pultacé, avait débuté cinq ou six jours avant mon examen. Il y eut d'abord tendance ulcéralive; le chancre acquit le diamètre d'une pièce de 50 centimes. Il ne fut complètement cicatrisé que dans le cours de la cinquième semaine. A aucune époque de sa durée, non plus qu'après la cicatrisation, je ne trouvai d'induration. C'était un chancre simple ou chancre mou, un chancroïde, pour me servir de l'appellation de M. Clerc.

Mon pronostic fut, à bien peu de restrictions près, aussi favorable que pour le malade de ma première observation.

Un des ganglions de l'aîne droite, notablement tuméfié et devenu douloureux, m'avait fait redouter un moment un bubon suppuré. Il ne tarda pas à se résoudre au moins en partie. Toutefois il était encore gros comme une noisette à l'époque de la cicatrisation du chancre, et se distinguait par son volume des ganglions voisins qui étaient indurés et moniliformes, comme l'étaient aussi ceux de la région inguinale gauche.

Au commencement de février 1866, six semaines environ après la guérison du chancre mou, M. G. V. se plaignait de céphalée hémicrânique avec accès névralgiques, d'un état de malaise général et de prostration, de mouvements fébriles revenant le soir ou pendant la nuit. Ces préludes étaient irrè-

gulières, bientôt suivis de l'apparition de plaques muqueuses sur les amygdales, de syphilide papuleuse et d'alopécie.

Instruit et mis en défiance par ces deux faits malheureux, j'ai depuis cette époque constamment réservé mon pronostic, lorsque j'ai eu à me prononcer sur la possibilité de l'infection syphilitique à la suite de chancres simples ou chancres mous sur des sujets indemnes jusque-là de tout accident de vérole. Je n'ai eu qu'à m'applaudir de cette réserve vis-à-vis d'un troisième malade qui, atteint de deux chancres mous, vit se développer au vingtième jour, et deux jours avant la cicatrisation complète des ulcérations, une induration de voisinage, chancre induré satellite, premier accident consécutif suivi bientôt des symptômes les plus graves de la syphilis. Cette observation me semble assez importante pour que je croie devoir vous en lire tous les détails, et vous faire part des réflexions qu'elle m'a suggérées.

Observation III.

Deux chancres mous. — Induration de voisinage débutant au vingtième jour. — Pléiade ganglionnaire. — Céphalée, roséole, hémiplegie.

M. C..., 27 ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, d'une constitution assez robuste pour avoir pu guérir en 1858 d'une angine gangréneuse primitive, a pour antécédents vénériens deux blennorrhagies dont la dernière remonte à cinq ou six ans.

Le 27 février 1860, cinq jours après la dernière nuit passée auprès d'une femme avec laquelle il entretenait des rapports depuis près de trois mois, il s'aperçut de deux petites excoriations à l'extrémité de la verge.

Consulté le 1^{er} mars, je constate deux petites ulcérations superficielles que j'hésite à qualifier de chancres, le malade ayant eu à plusieurs reprises des éruptions d'herpès préputial.

Le 5 mars, le doute n'était plus possible ; les ulcérations s'étaient creusées et élargies ; le fond était pultacé, grisâtre ; les bords liserés de rouge, légèrement déchiquetés, taillés à pic ; la base molle. De ces deux chancres mous, l'un était situé sur la partie antérieure et supérieure du gland à près d'un centimètre de la couronne, l'autre sur la portion réfléchie du prépuce, à deux centimètres du précédent (fig. 1, AA). En ramenant le repli cutané sur le gland, les deux ulcérations se recouvraient presque. Pas d'augmentation notable du volume des ganglions inguinaux. Cautérisations au sulfate de cuivre ; pansements au vin aromatique.

Le 14 mars, le fond était détergé, les bords s'affaissaient.

La réparation continua les jours suivants, et le vingt-deuxième jour la cicatrisation était achevée.

La base de la cicatrice était souple, et à aucune époque de la durée de ces chancres je ne pus constater d'induration.

Le 20 mars, deux jours avant la cicatrisation complète, je constatai dans le repli glando-préputial et *sous le tégu-ment, à une profondeur de deux millimètres environ*, un petit noyau dur, de la grosseur d'un grain de millet à sa partie moyenne et s'effilant en pointe en haut et en bas. Cette petite induration fusiforme, un peu plus rapprochée du chancre du gland que de celui du prépuce, était à peu près distante d'un centimètre de chacun d'eux (fig. 1, C).

Je pensai d'abord à l'induration d'un vaisseau lymphatique, bien qu'il n'y eût pas de traînées indurées dans le voisinage.

Le dépôt plastique augmenta de jour en jour en se rapprochant de la surface ; bientôt faisant saillie sous le tégu-ment envahi et prenant la forme d'une petite amande de prune, à grand diamètre dans le sens de la rainure, il présenta le signe caractéristique de l'induration chancreuse : sensation de dureté élastique, cartilagineuse. L'épithélium se desquamma le 7 avril (fig. 1, B).

Le 9 avril, l'induration était exulcérée très-superficielle-

ment sur le relief de sa partie centrale. Cette érosion (B'), très-limitée, irisée, suintant à peine, se cicatrisa en cinq ou six jours.

Les ganglions inguinaux, dont j'avais déjà constaté l'augmentation de volume dès l'apparition de l'exsudat plastique, étaient indurés.

Le 10 avril, j'envoyai M. C... chez le docteur Ricord, dont voici la consultation :

« M... est affecté d'un chancre induré type, par conséquent d'un chancre infectant, et d'adénopathie symptomatique.

« Le traitement mercuriel est indispensable, comme l'a très-bien jugé mon confrère le docteur Vidal. »

Malgré l'usage de la liqueur de Van Swieten, à la dose d'une cuillerée à bouche par jour, dose que j'eus le tort de ne pas augmenter, l'induration persista, diminuant à peine, et, vers le milieu du mois de juin, le malade se plaignait de faiblesse et de céphalée persistantes.

Les sels mercuriels n'étant pas bien tolérés et déterminant la salivation, je tentai, mais bien inutilement, la médication par le chlorure d'or. Ce traitement, dans lequel je n'ai plus depuis longtemps aucune confiance, me fit perdre un temps précieux.

Dans les premiers jours de juillet, éruption de roséole syphilitique, céphalée à exacerbations nocturnes, qui redoubla d'intensité et s'accompagna d'élancements névralgiques pendant le mois d'août.

Le 7 août, M. C... revient à ma consultation, se plaignant de faiblesse et de maladresse des membres du côté droit.

Quelques jours plus tard, le 24 août, il entra à la maison municipale de santé, dans le service de notre regretté collègue Vigla. L'hémiplégie était complète et portait presque exclusivement sur la motilité.

L'iodure de potassium, à la dose de 4 grammes par jour, associé à l'usage des frictions mercurielles, amena une amélioration rapide.

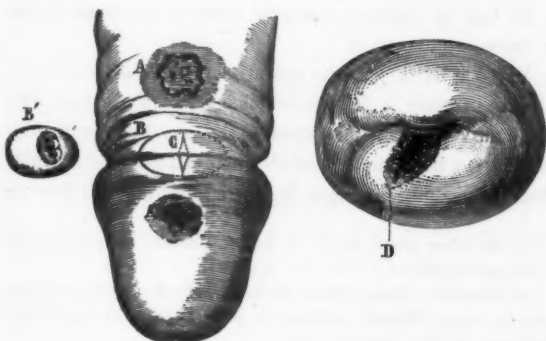
Cependant la paralysie ne disparut pas complètement, et deux ans plus tard le malade traînait encore la jambe en fauchant, et pouvait à peine se servir de son membre supérieur, dont les doigts étaient contracturés.

EXAMEN DE LA FEMME.

Depuis trois mois, M. C... n'avait eu de rapports qu'avec une seule femme. Il était très-formellement affirmatif à cet égard.

Le 18 mars, j'examinais cette femme, couturière, âgée de 23 ans, et je découvrais, sur la partie moyenne de la lèvre postérieure du col, un chancre à base large et dure, à bords fuyants en biseau, allongé d'avant en arrière (fig. 2, D). Les ganglions inguinaux des deux côtés étaient indurés.

Le 10 avril, je constatais une roséole dont l'apparition remontait à trois ou quatre jours. Le chancre était en voie de réparation.



A combien d'interprétations différentes peut donner lieu cette observation?

Les uns l'expliqueront par l'hypothèse du *chancre mixte*. Mais le malade, depuis trois mois, n'avait eu de rapports qu'avec une seule femme, et cette femme n'avait qu'un seul chancre : un chancre induré du col utérin. Cependant la théorie est si ingénieuse, qu'elle pourrait, malgré tout, revendiquer mon observation à son profit. Ne vient-elle pas d'imaginer le *bubon mixte* (1), pour expliquer les faits de chancrelle accompagnée de bubon suppuré et suivie d'induration des ganglions inguinaux, puis plus tard des accidents de syphilis confirmée? Je me réserve, dans une prochaine communication, de revenir sur ce sujet en apportant de nouvelles observations que notre savant et spirituel confrère, M. Diday, pourra, s'il le croit utile, citer à l'appui de sa doctrine, mais qui, à mon sens, démontrent que le chancre mou, même accompagné d'adénite suppurée, peut être l'accident initial de la vérole.

D'autres penseront qu'il s'agit dans l'espèce d'un chancre infectant à induration tardive. Pour M. Ricord (2) ce serait un fait exceptionnel; car, dit-il dans ses instructives *Leçons sur le chancre*, p. 133 : « C'est un fait des plus rares que « de voir le chancre s'indurer dans le troisième septième. »

Mais à ceux-là je ferai remarquer que l'induration ne s'est pas formée à la base des chancres, qu'elle s'est produite au voisinage, à une distance de près d'un centimètre, comme ces indurations satellites du chancre induré si bien décrites par notre collègue M. Alfred Fournier (3) dans un

(1) Du bubon mixte, par M. P. Diday. *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, t. III, fasc. 2, p. 81.

(2) Clinique de l'hôpital du Midi. *Leçons sur le chancre* professées par le docteur Ricord, rédigées et publiées par le docteur Alfred Fournier, 2^e édit., 1860, p. 133.

(3) *Etude clinique sur l'induration syphilitique primitive*, par A. Fournier, ch. III, p. 540. *Archives générales de médecine*, novembre 1867.

mémoire dont je vous demande la permission de citer quelques passages : « Cette induration secondaire, ou mieux « consécutive (le terme secondaire étant susceptible d'une « acception que je ne veux pas lui donner), est souvent, « sinon toujours, exactement circonscrite. Elle est absolument indépendante, j'ai besoin de le spécifier, de l'induration initiale; elle en est voisine, mais elle ne lui est ni « continue, ni contiguë; elle peut en être distante de plusieurs centimètres, et l'on ne sent rien enfin sous les « téguments qui la rattache à cette dernière en aucune « façon.

« J'ai dit qu'elle était ou pouvait être absolument identique par ses caractères à l'induration primitive. En effet, « elle occupe d'abord le même siège, se produisant toujours au voisinage de l'accident d'infection

« En un mot, *c'est une induration chancreuse type*, « aussi bien et aussi franchement accusée que possible.

« Seulement cette induration s'est produite sans plaie, « sans la moindre érosion, la moindre éraillure préalable « des téguments. A sa surface, la muqueuse est absolument « saine; cela seul la distingue du chancre induré... p. 540.

« II. — Enfin une dernière particularité mérite encore « une mention spéciale.

« Il arrive parfois que ces indurations de voisinage s'exulcèrent à leur surface

« Elles prennent alors exactement l'aspect d'un chancre, « à ce point qu'elles n'en peuvent être distinguées, et qu'il « serait puéril de vouloir établir entre elles et le chancre « un diagnostic différentiel véritablement impossible, ou « ne reposant au plus que sur des nuances qui échappent « à la description. Le caractère précis de cette lésion secondaire ne peut être établi que par l'évolution pathologique « et la chronologie des accidents. »

Dans tous les faits sur lesquels M. A. Fournier appuie ses propositions, l'induration de voisinage avait été précédée d'un ou plusieurs chancres indurés. Chez le sujet de mon observation, c'est à la suite de deux chancres simples, restés mous jusqu'après cicatrisation, que nous voyons se développer l'induration satellite, *d'abord dans la profondeur des tissus*, puis faisant saillie sur le tégument, s'exulcérant et prenant enfin tous les caractères d'un chancre induré.

Le chancre mou peut donc, très-exceptionnellement sans doute, être suivi d'une induration satellite, d'un chancre induré consécutif.

La suffusion plastique n'est-elle pas, en effet, la première manifestation spécifique de la diathèse? Tous les premiers accidents par lesquels elle se manifeste revêtent ce caractère de plasticité. Nous le trouvons au plus haut degré dans l'induration, soit qu'elle se produise, ce qui est la règle, à la base de l'ulcération primitive et constitue le chancre induré, soit que plus tardive elle se forme au voisinage, soit qu'enfin elle se manifeste d'abord, comme dans mes deux premières observations, par l'adénopathie indurée et moniliforme. C'est ce que nous voyons encore dans la syphilide exanthématique, dans les plaques muqueuses, dans les papules, dans ces périostoses précoces étudiées récemment par notre collègue M. Mauriac, en un mot dans toutes les manifestations de la première période.

L'histologie démontre l'identité de ces néoplasmes dans toutes les régions, et les expériences de Bärensprung (1) font voir que la base du chancre se colore en rouge par l'iode comme les produits de la syphilis dans les autres organes.

Ce n'est donc pas dans l'ulcération, toujours simple à son début, mais bien dans l'induration soit chancreuse,

(1) *Charité Annalen*, t. VI, p. 16, et *Gazette hebdomadaire*, 1862, p. 310.

soit satellite, soit ganglionnaire, — et cette dernière ne manque jamais, — qu'il faut chercher le premier signe affirmatif de la syphilis.

L'induration est un effet et non une cause de la vérole, comme le disait avec raison A. Vidal (de Cassis) (1). C'est ce qu'a professé M. Ricord dans ses *Leçons sur le chancre* (2) : « L'induration, c'est le commencement de l'infection, le premier effet de l'intoxication générale.

« Aussi convient-il moins de considérer l'induration « comme l'origine de la vérole que d'en faire une conséquence même de l'infection constitutionnelle, — c'est « moins une cause qu'un effet. — L'induration qui vient « sous-tendre la base du chancre n'est qu'une sorte de « réaction sur place de l'intoxication générale; c'est, permettez-le-moi, le premier des accidents secondaires. »

Je résume en quelques conclusions les principales propositions qui ressortent de mon travail :

1° L'induration par néoplasme, même au delà du chancre, est le premier symptôme pathognomonique de la syphilis.

2° Dans l'immense majorité des cas la suffusion plastique se fait à la base du chancre : — le chancre devient induré.

3° Dans d'autres cas le chancre reste mou jusqu'après cicatrisation; mais l'induration indolore et en chapelet des ganglions lymphatiques révèle l'infection syphilitique.

S'il était une loi absolue en syphiligraphie, ce serait celle qui a été formulée en ces termes par M. Ricord (*Leçons sur le chancre*, 1^{re} édition, p. 123) : « Pas de chancre infectant sans bubon symptomatique induré. »

4° Dans quelques cas exceptionnels, le chancre mou est suivi d'une induration de voisinage, induration satellite, premier signe affirmatif de la diathèse syphilitique.

(1) *Traité des maladies vénériennes*, 2^e édit., 1855, p. 205.

(2) *Loc. cit.*, p. 180.

OBSERVATION DE CHANCRELLE DE LA BOUCHE ;
par M. P. DIDAY.

La plupart des auteurs professent : que la chancrelle (chancre simple) n'a jamais été observée à la tête ; que si quelquefois, très-rarement, on l'y a vue, ce n'est que par l'effet d'une inoculation de pus chancrelleux, faite à la lancette ; mais qu'il n'existe pas d'exemple de *chancrelle céphalique* développée par le procédé clinique, c'est-à-dire par le simple contact du pus chancrelleux.

Cette opinion, qui fait loi, est effectivement l'expression de la pratique générale. Mais toute loi a ses exceptions, et c'est à ce titre, et comme l'une des mieux constatées, que je publie le fait suivant :

Une jeune fille de quinze ans et demi, apprentie chez une patronne domiciliée à Lyon, et ayant ses parents à la campagne, me fut amenée par sa mère le 11 avril 1872. Elle souffrait depuis trois semaines environ d'une inflammation de la vulve, pour laquelle elle avait déjà reçu les soins du médecin de sa localité, où elle venait de passer quelques jours.

J'examinai et diagnostiquai au premier coup d'œil quatre chancrelles, les unes de 4 ou 5, les autres de 10 à 12 millimètres de diamètre, sur le bord et la face externe de la grande lèvre droite.

La malade, se plaignant aussi de souffrir du côté de la bouche, appelle elle-même mon attention sur deux ulcères,

l'un presque au milieu de la face interne de la lèvre inférieure, l'autre de 3 ou 4 millimètres, creux et pultacé, ressemblant de tout point aux ulcères de la vulve, situé sur le repli de la membrane muqueuse qui attache la base de la langue au pilier antérieur gauche du voile du palais. — La jeune fille était bien réglée. Assez lymphatique, elle avait du côté gauche du cou, au-dessous de la région parotidienne, un engorgement ganglionnaire, dont le début était de plusieurs mois antérieur à l'invasion des chancres. — Elle n'avoua rien sur la cause de ces ulcères ; l'hymen est intact.

En possession d'un cas aussi intéressant, ma première pensée fut d'en rendre le diagnostic indiscutable en le faisant contrôler par un confrère digne de faire autorité. Ils ne manquent heureusement pas dans mon voisinage. Je conduisis donc moi-même la malade avec sa mère chez mon collègue et ami, M. Rollet. Comme moi, du premier coup d'œil, il fut frappé de l'aspect caractéristique de ces ulcères, qu'il n'hésita point à qualifier de chancres simples. Ils paraissaient tous dater de la même époque, procéder du même acte contagionnant. Aucun aveu ne put être obtenu. M. Rollet, remarquant que les ulcères de la vulve étaient tous à gauche, en conclut que vraisemblablement ils provenaient d'un ulcère situé à gauche d'un gland qui avait heurté contre les *propugnacula*. Complétant cette interprétation rationnelle, j'émis la pensée que la chancrelle du repli glosso-amygdalien était due au contact de ce même gland, le point contagionné chez notre malade constituant la limite à laquelle s'arrêtent les efforts d'introduction contre nature, dont la malheureuse enfant avait sans doute été victime. — Nous prescrivîmes des pansements avec une solution de nitrate d'argent. Mais M. Rollet fit d'abord, séance tenante, l'inoculation au-dessus du genou d'une gouttelette de pus prise à l'ulcère de la lèvre inférieure.

Quatre jours après, le 13 juin, la malade nous fut ramenée dans un état beaucoup meilleur. La réparation de tous les ulcères paraissait très-avancée, surtout pour l'ulcère de la lèvre inférieure. L'inoculation n'a pas pris. Malgré ce résultat négatif, — qu'explique l'état de cet ulcère-là qui tendait si rapidement à la guérison, — M. Rollet et moi, nous n'en conservons pas moins la conviction formelle qu'il ne s'agissait pas, dans la bouche comme à la vulve, d'autre chose que de chancres, (chancres simples, chancres mous). Depuis lors, il y a huit mois, nous n'avons eu aucune nouvelle de cette malade.

III

GOMMES INGUINALES SYPHILITIKES.

Service de M. le Professeur **Verneuil**.

Observations recueillies par M. L. BOURDON, interne des hôpitaux.

Première observation. — Julie Bardoux, journalière, âgée de 42 ans, entre à l'hôpital Lariboisière le 1^{er} octobre 1871, dans le service du professeur Verneuil. Cette femme n'est malade que depuis deux ans et demi; jusqu'à cette époque elle s'est bien portée, quoique délicate. Réglée à 11 ans, mariée à 16, elle est mère de 5 enfants. Elle a toujours eu de la leucorrhée, qu'on a combattue sans succès par les ferrugineux. Jamais elle n'a eu d'engorgements ganglionnaires, de blépharites, d'abcès froids, etc. Jamais elle n'a toussé. Interrogée au point de vue de la syphilis, la malade nie avoir jamais contracté aucune maladie vénérienne; jamais elle n'aurait eu de taches sur la peau, de plaques muqueuses buccales ou anales, d'impétigo du cuir chevelu, etc. Elle a toujours bien vécu, dit-elle, avec son mari, mort depuis cinq ans d'une laryngite. Comme traces de syphilis, nous trouvons à la cuisse droite cinq larges cicatrices blanches, minces et un peu déprimées, entourées d'un cercle cuivré. Il y a deux ans et demi, la malade a ressenti d'assez vives douleurs dans la tête et dans les reins, douleurs qui ont duré deux mois et ont cédé à l'emploi du sulfate de quinine. Puis sont survenus des élancements dans le coude gauche, premier symptôme d'une *arthrite*, qui a été traitée énergiquement

par M. Cusco et a guéri au prix d'une ankylose obtenue dans la flexion à angle droit de l'avant-bras sur le bras. Il y a 20 mois, la malade, dont l'arthrite n'était pas encore guérie, est entrée à la maison de santé pour une petite grosseur douloureuse qui venait de se développer dans la région lombaire, au niveau de l'articulation sacro-iliaque gauche. M. Demarquay l'a ouverte et il s'est écoulé un liquide blanc comme du lait et assez épais ; la plaie ne s'est fermée qu'au bout de deux mois, sous l'influence d'un traitement par l'iodure de potassium et le sirop d'iodure de fer, puis elle s'est rouverte pour se refermer encore vers le mois d'avril 1871. Cinq mois après, la tumeur a grossi de nouveau, et, huit jours avant l'entrée de la malade à l'hôpital, elle s'est ouverte une troisième fois. A cette époque s'est développée, au niveau de la moitié externe de l'arcade crurale droite, une tumeur qui atteignit bientôt le volume d'un œuf de pigeon et dont le grand diamètre était parallèle à la direction du ligament de Fallope. La peau était rouge et douloureuse à la pression, elle s'ulcéra bientôt et donna issue à un liquide épais et purulent. Puis l'ulcération envahit rapidement toute la surface de la tumeur, qui prit la forme d'une vaste cavité oblongue de haut en bas et de dehors en dedans, suivant la direction du pli inguino-crural. On pansa la plaie avec de la charpie imbibée d'eau alcoolisée et la malade fut soumise au traitement mixte ; elle prit chaque jour une pilule de proto-iodure le matin et un gramme d'iodure de potassium le soir. Au bout de trois semaines environ, on substitua à l'eau alcoolisée la poudre d'iodoforme ; et l'ulcération présentait alors les caractères suivants, caractères qui ne se sont pas modifiés : on voyait dans la région inguinale droite une ligne rosée de 9 centimètres environ, parallèle et sus-jacente à la moitié externe de l'arcade crurale. Cette ligne était formée par l'adossement de deux bourrelets rosés à

surface lisse, de consistance élastique appliqués l'un sur l'autre dans la flexion modérée de la cuisse. Lorsque le membre était étendu et lorsqu'on relevait les téguments de l'abdomen, qui par leur poids appliquaient le bourrelet supérieur contre l'inférieur, on voyait une fente, une dépression profonde, anfractueuse, dont le fond était cloisonné par des brides qui lui donnaient un aspect aréolaire et dont les parois, au contraire, étaient parfaitement lisses. Toute la surface de cette cavité était rosée et présentait l'aspect des bourgeons charnus, pâles et demi-transparents des plaies qui suppurent mal et ne marchent pas vers une cicatrisation rapide. La plaie était le siège d'une sécrétion blanchâtre, opaline, visqueuse, intermédiaire à la lymphe plastique et au pus. Au niveau de son tiers interne, l'ulcération se bifurquait, et entre les deux prolongements se voyait un petit bourrelet élastique à surface lisse et rosée.

Aujourd'hui, 25 avril 1872, la tumeur a exactement l'aspect que nous venons de décrire, mais l'ulcération est peut-être un peu moins profonde. Quant à la lésion lombaire elle s'est notablement modifiée ; elle consiste en une dépression cratériforme, large comme une pièce de cinquante centimes, au fond de laquelle se voient trois petits boutons rosés, mollasses, dont la réunion formerait une tumeur grosse comme un grain de groseille et qui sont le siège d'un simple suintement séro-purulent.

Quand la malade est entrée à l'hôpital, elle était profondément anémique, elle est aujourd'hui en très-bon état ; son teint est coloré, elle n'a plus aucun trouble des fonctions digestives ; elle a repris l'embonpoint qu'elle avait perdu et n'éprouve pendant la marche, qu'un peu de gêne au niveau du pli de l'aîne.

Deuxième observation. — Le 27 janvier 1872, entre dans le service de M. Verneuil, à l'hôpital Lariboisière, la

nommée M. C., concierge, âgée de 28 ans. Cette femme, quoique assez délicate, a toujours joui d'une bonne santé jusqu'au mois de mars 1868. Elle est mariée, et a eu quatre enfants ; le premier, en 1863, était une fille qui vit et s'est toujours très-bien portée. Le 16 juin 1868, la malade fit une fausse couche à la suite d'une chute, dit-elle, et expulsa un fœtus de huit mois, qui aurait été, suivant elle, bien conformé et n'aurait pas présenté de taches cutanées. Le 30 septembre 1869 naquit, à 6 mois, un enfant sans boutons ni taches d'aucune espèce, qui vécut 12 jours. Enfin, le 30 décembre 1870 naquit à terme un enfant qui est aujourd'hui très-bien portant.

En mars 1868, trois mois avant l'avortement, la malade fut prise d'une céphalalgie violente qui dura six semaines et coïncida avec l'apparition de petits boutons sur le cuir chevelu, de taches rosées sur le corps et d'ulcérations à la vulve ; il survint aussi de l'alopecie et des maux de gorge ; on prescrivit en ville de l'iodure de potassium et des pilules que la malade ne peut spécifier. A la même époque se développa une kératite légère, mais qui fut suivie d'une taie, visible aujourd'hui, au centre de la cornée de l'œil droit. Sous l'influence du traitement les maux de tête disparurent, les cheveux cessèrent de tomber, les taches pâlirent, mais les maux de gorge durèrent un an ; quelques mois après leur début survint un engorgement presque indolent d'un chapelet de ganglions le long du bord externe du sterno-mastoïdien droit, à gauche apparut dans le creux sus-claviculaire un ganglion qui devint bientôt gros comme une noisette.

Il y a 6 mois, la malade sentit à la racine de la cuisse gauche, à peu près au niveau du point où la veine saphène interne se jette dans la veine crurale, une petite tumeur dure, roulant sous le doigt, et du volume d'un pois. Pendant quatre mois, la tumeur grossit lentement, et quand elle eut atteint le

volume d'une petite noix, elle se ramollit un peu, prit une teinte violacée et s'ulcéra. Il s'écoula, par l'ouverture qui s'était produite spontanément, un liquide blanchâtre et assez épais ; l'ulcération s'agrandit rapidement et prit, en quelque sorte d'emblée les caractères que nous lui trouvons aujourd'hui. Pendant ces 6 mois la malade devait prendre de l'iodure de potassium que son médecin lui avait prescrit, mais elle avoue n'avoir suivi son traitement qu'avec la plus grande irrégularité.

Le 27 janvier nous la trouvons dans l'état suivant : sa santé générale est assez bonne, elle est pâle, mais non amaigrie, et ne présente aucun trouble des fonctions digestives. Il n'existe plus de céphalalgie, et c'est à peine si l'on découvre sur le ventre deux ou trois petites macules brunes. La malade souffre toujours un peu dans l'arrière-gorge en avalant et l'on aperçoit, sur la muqueuse du pharynx derrière la luette, une petite ulcération rouge et superficielle large comme une lentille, ovale, à grand diamètre vertical et à bords assez nettement dessinés, mais non taillés à pic le long du bord externe du sterno-mastoïdien droit, chapelet ganglionnaire indolent et peu volumineux ; à gauche, dans le creux sus-claviculaire, un ganglion gros comme une noisette, dur, roulant sous le doigt et indolent. Dans la région inguino-crurale, à gauche, au point indiqué plus haut, est une ulcération large comme une pièce de cent sous en argent, à bords violacés, minces, marquant en partie une cavité profonde, infundibuliforme, dont les parois sont granuleuses et dont le fond sert de surface d'implantation à une tumeur grosse comme une noisette, molle, blanchâtre, un peu mobile et ressemblant à un paquet de tissu cellulaire mortifié ; autour de cette tumeur qui atteint le niveau des bords de l'ulcération, se trouve du pus légèrement séreux et non franchement phlegmoneux. Ni à droite ni à gauche on ne constate d'en-

gorgement des ganglions inguinaux. La malade ne souffre pas et n'éprouve qu'une gêne assez marquée pendant la marche. (Traitement : une pilule de protoiodure de mercure le matin, un gramme d'iodure de potassium le soir. On place dans l'ulcération, autour de la tumeur, de la charpie imbibée d'eau alcoolisée.) Dix jours après l'entrée de la malade, la tumeur se détache et la cavité, à partir de cette époque, diminue de plus en plus de profondeur par le bourgeonnement des parois.

Le 22 février, la malade sort de l'hôpital dans l'état suivant : l'ulcération inguinale est presque fermée, et à la place qu'elle occupait, est un nodus dur, adhérent aux parties profondes, présentant à sa surface un petit point rouge et granuleux entouré d'un liséré cutané bleuâtre. L'ulcération pharyngienne est complètement cicatrisée et n'a laissé aucune trace ; quant aux ganglions cervicaux, ils sont à peine plus volumineux qu'à l'état normal. La santé générale est excellente.

Huit jours après son départ, la malade revient à la consultation ; l'ulcération inguinale est absolument guérie.

M. le professeur Verneuil a publié dans le numéro d'octobre 1871, des *Archives générales de médecine*, sous le titre de : *Tumeurs gommeuses de la région inguinale*, une très-intéressante observation dont nous donnons ici une analyse sommaire.

ADÉNOPATHIE INGUINALE TERTIAIRE ; LYMPHANGIOME GOMMEUX.

M. Verneuil publie avec les détails les plus circonstanciés, une observation destinée à prouver l'existence de la lésion désignée par le titre ci-dessus.

Un homme de 53 ans, assez chétif, ayant eu précédem-

ment des lésions osseuses suppurées, entra le 20 janvier 1870, à Lariboisière pour une altération du calcanéum gauche, datant d'une année, et devenant très-douloureuse à époques indéterminées. Quelques antécédents mal caractérisés par le malade, engagant à donner l'iodure de potassium qui fut mal supporté, et qu'on dut cesser. — Alors on fit l'extraction d'un sequestre contenu dans le centre du calcanéum. Mais cette opération, quoique très-simple, provoqua une névralgie qui ne céda qu'à la quinine. Une infiltration purulente du bas de la jambe, força d'amputer ce membre au-dessous du genou inférieur, ce qui ramena la névralgie, laquelle céda de nouveau à la quinine.

Le moignon, malgré des complications phlegmatiques et gangreneuses, avait fini par se cicatriser, lorsque apparut à l'aîne correspondante un engorgement de trois ganglions. Ils se réunirent, formant au triangle de Scarpa, une masse volumineuse et douloureuse. Lorsqu'au bout de six semaines environ, on ouvrit ce que l'on croyait être un abcès strumeux, on vit avec surprise, sortir, au lieu de pus, une sérosité noirâtre assez épaisse, mélangée de sang et de très-peu de pus. Le foyer ne fut presque pas diminué ; cependant deux applications de pâte de Vienne et des pansements détersifs amenèrent peu à peu la formation de bourgeons charnus de bonne nature. — Mais bientôt un état général des plus graves (toux, insomnie, anorexie), ramena le travail de destruction locale ; et de plus, il apparut à 4 centimètres de distance de la plaie, un bouton dur qui, peu à peu s'ulcéra.

M. Verneuil reconnaissant dans cette solution de continuité les caractères d'un ulcère syphilitique, prescrivit 0,05 de protoiodure de mercure le matin, et 1 gramme d'iodure de potassium le soir. Mais ni l'un ni l'autre ne furent supportés au delà de quelques jours. Les pansements avec la solution de tartrate de fer et de potasse bien faits, parvin-

rent encore une fois à déterger le fond de l'ulcère. Mais la débilitation, la fièvre hectique, la toux faisaient d'incessants progrès, et le malade succomba au moment où, de concert avec M. Cusco, l'auteur était sur le point de lier l'artère fémorale, afin de prévenir la rupture de ce vaisseau.

Autopsie. — Il n'existe aucun engorgement ganglionnaire dans les autres régions superficielles du corps. Foie *muscade* ; le poumon droit offre des cicatrices et des indurations, suite de tuberculisations assez étendues. Mêmes lésions à gauche, mais de plus pneumonie de la base, moitié hypostatique, moitié inflammatoire.

La cavité ulcéreuse de l'aîne occupe le centre d'une tumeur longeant la gaine des vaisseaux fémoraux. Elle tranche sur les parties ambiantes par sa coloration d'un blanc rosé et sa consistance très-ferme : « C'est évidemment une gomme en voie de ramollissement central. » Malgré ses fortes dimensions (3 centimètres sur 3), elle n'avait pas été reconnue pendant la vie, à cause de sa situation profonde. Deux centimètres plus bas on trouve une autre tumeur, mais plus petite et moins ramollie. Une autre petite tumeur pisiforme en dehors de l'ulcère est accolée à la face profonde du derme sans l'avoir envahi.

On retrouve soit sur les bords de l'ulcère, soit au-dessus de l'arcade crurale et en dehors de l'artère, soit plus haut en dedans de la veine plusieurs ganglions offrant la même structure que les différentes tumeurs de la cuisse, c'est-à-dire, un tissu très-ferme, élastique, criant sous le scalpel, coloré du blanc mat au rosé. « Il n'y a donc pas de doute, conclut M. Verneuil, sur l'envahissement des ganglions iliaques et inguinaux par des productions gommeuses à l'état de crudité ou de ramollissement plus ou moins avancé. »

Nous n'avons pas à reproduire ici les conclusions si hau-

tement originales et instructives, tant au point de vue étiologique qu'au point de vue doctrinal, que M. Verneuil tire de cet intéressant exposé. Il s'accorde parfaitement avec nos propres vues lorsque, cherchant à déterminer pourquoi l'engorgement ganglionnaire chez un sujet si anciennement prédisposé, n'a paru qu'après l'extraction du séquestre et de l'amputation, il assigne à ce double traumatisme chirurgical le seul rôle pathogénique qu'il soit rationnel de lui attribuer, celui d'une *cause d'évolution* agissant sur un *sujet diathésé*. C'est pour cela que quoiqu'il existât une cause générale, la lésion a été locale, l'engorgement n'a affecté que les ganglions correspondants au membre malade.

Mais cette cause générale est-elle réellement la syphilis, ainsi que le croit M. Verneuil. Pour le révoquer en doute, on pourrait se fonder sur l'absence d'antécédents précis; faire observer que ce malade n'avait et ne se rappelait, malgré une intelligence très-développée, aucun autre accident spécifique secondaire ou tertiaire; remarquer que, à deux reprises — et contrairement à l'évolution des gommes ordinaires, qui ne sont justiciables que des spécifiques — on a vu la plaie prendre une meilleure tournure, entrer même en réparation manifeste, grâce à la seule influence des topiques; s'appuyer encore sur cette considération, présentée par M. Verneuil lui-même, que les ulcères résultant du ramollissement des gommes ne subissent que bien rarement un processus phagédénique excessif, ainsi que cela a eu lieu dans ce cas... Malgré ces objections, néanmoins, nous croyons surtout, d'après l'aspect des tissus, non pas que la nature syphilitique de cette lésion soit hors de doute; mais au moins que la syphilis est la cause qui rend le plus justement compte de la lésion, et que ce cas, ainsi que le dit M. Verneuil, doit être placé parmi ceux que la science attend, — ajoutons, si notre estimé confrère veut bien le permettre, dont la science a encore be-

soin — pour autoriser la formation d'une nouvelle classe d'affections syphilitiques, de l'*adénopathie tertiaire*.

BIBLIOGRAPHIE.

ULCÉRATIONS ANALES.

Étude chimique sur les ulcérations anales par le docteur J. PÉAN, chirurgien des hôpitaux de Paris, et L. MALASSEZ, interne des hôpitaux, ouvrage accompagné de planches et figures coloriées, chez A. DELAHAYE. — Paris.

MM. Péan et Malassez, par le travail que les *Annales de dermatologie* ont à présenter au public médical, viennent de combler une lacune dans la bibliographie de la pathologie de l'anus. Dans les travaux modernes de MM. Gosse-
lin, Perret, de Holmes, Curling, cette pathologie n'est qu'une annexe à celle du rectum et n'y occupe pas une place proportionnée à son importance; dans les publications où l'ordre alphabétique obligeait à constituer un chapitre spécial à l'anus, ce chapitre est incomplet. Le dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, qui renferme certes des articles excellents de M. Chassaignac, ne donne rien sur l'étude des ulcérations anales non spécifiques, étude qui se devait placer en regard de celle de M. Rollet sur les ulcérations vénériennes.

Ces ulcérations simples, chroniques ont cependant bien leur importance, tant à cause de leur fréquence, de leur opiniâtreté possible que des rétrécissements anaux qui en

peuvent être la conséquence. C'est l'histoire de ces rétrécissements anaux que MM. Péan et Malassez ont l'intention de faire, et ils en publient aujourd'hui la première partie; leur étude clinique sur les ulcérations anales, étude intéressante, complète, attestant la haute compétence chirurgicale et clinique des auteurs. Voici un résumé des faits et des idées de ce livre.

Les ulcérations sont divisées en ulcérations simples, ulcérations scrofuleuses.

Les ulcérations simples comprennent les érosions qui ne sont qu'une aggravation de l'érythème, les fissures, les ulcérations d'herpès et enfin les ulcères chroniques.

Les plus importantes des ulcérations simples sont les fissures et les ulcères chroniques, aussi sont-elles étudiées avec le soin et les détails nécessaires.

Les fissures anales, sont, à l'exemple de M. Gosselin, partagées en fissures tolérantes et fissures intolérantes; les premières, si fréquentes et si souvent négligées, inaperçues, nées d'irritations locales (constipation, sécrétions pathologiques, etc.), les secondes, constituant la fissure classique avec son élément nerveux, la maladie de Boyer. MM. Péan et Malassez semblent retrancher du cadre nosologique cette affection complexe, à triple éléments. Ils en font une fissure simple accompagnée « d'une manifestation locale d'une sensibilité générale excessive. » De ce point de vue l'on comprend toutes les variations cliniques dans le mode d'être de la fissure névralgique. Elles correspondent aux variations si nombreuses des individus, et surtout des systèmes nerveux. Cette manière de voir paraît être légitimée par les observations qui remplissent l'ouvrage, observations où l'on voit souvent des fissures d'origine et de nature très-diverses s'accompagner à divers degrés de douleurs et de spasme, et être justiciables du traitement spécial, la dilatation forcée.

Les ulcères chroniques sont la partie absolument neuve de ce travail. MM. Péan et Malassez en font une étude complète. L'étiologie nous présente quelques points à relever. Des irritations très-diverses peuvent produire ces ulcères. Parmi elles on y trouve, non sans quelque étonnement, celle du pus du chancre mou. Le chancre mou serait de deux manières le point de départ de la lésion : soit que son pus, irritant le tégument, y produise une plaie neutre, non inoculable qui sera l'ulcère chronique ; soit que le chancre mou se transforme lui-même en ulcère non inoculable. Tel serait le mode de production de la lésion dite alors « ulcération chancreuse. » Cette double assertion mériterait quelque confirmation ; elle est en contradiction avec la pratique, certes, très-riche de M. Fournier, et dans sa première partie, avec l'affirmation assurément compétente, faite de la contagiosité *usque ad finem* du chancre mou par cet observateur expérimenté et soigneux. (*Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie. Art. Chancre.*)

Quelle que soit, du reste, la nature de l'irritation, il est évident que la persistance de son action favorisée par les dispositions anatomiques locales a une influence capitale, c'est à elle qu'il faut attribuer ces ulcères incurables, comparables aux ulcères de la langue chez les fumeurs, produits d'une durée prolongée et ininterrompue de l'action irritante (M. Fournier).

A côté de ces conditions locales, en quelque sorte extérieures, il en est d'intimes. Le tissu, siège de l'ulcération, peut lui-même être déjà malade. On sait combien sont fréquentes les hémorroïdes, MM. Péan et Malassez placent cette lésion au premier rang des causes des ulcères chroniques, et avec une raison très-ingénieuse, ils comparent aux ulcères variqueux des membres inférieurs les ulcérations hémorroïdaires de l'anus. Au-dessus de ces condi-

tions locales, il faut placer les influences générales; la débilitation de la vie aura son effet sur ce point. Elle y détermine des phénomènes morbides qui sont neutres, qui ne sont pas, veux-je dire, des effets spécifiques de maladies spécifiques dont la débilitation est elle-même l'effet; en d'autres termes, l'asthénie, qu'elle soit syphilitique, qu'elle soit tuberculeuse, détermine à l'anus, non des ulcères syphilitiques, non des ulcères tuberculeux, mais des ulcères chroniques simples. Les ulcères à l'anus, par exemple, ne sont pas rares chez les tuberculeux, mais les ulcères de nature tuberculeuse ne se sont présentés qu'une fois à l'observation de MM. Péan et Malassez. Ces considérations sont développées dans le chapitre des ulcérations tuberculeuses, chapitre peut-être mal dénommé puisqu'il est, sauf pour une observation, consacré à la négation de cette sorte d'ulcères.

Telles sont les ulcérations non spécifiques de l'anus. Les ulcérations spécifiques se trouvent dans un second chapitre, sous le titre « Ulcérations vénériennes. » Je ne sais pourquoi a été rétablie cette vieille classe si peu naturelle de maladies; tant de lésions sont vénériennes qui ne sont pas spécifiques, et réciproquement! Je comprends d'autant moins cette apposition que les auteurs sont obligés de disloquer ce chapitre mal construit et d'en distraire successivement les ulcères blennorrhagiques pour les placer au nombre des ulcères d'irritation vulgaire, d'en retrancher et avec beaucoup de raison les condylomes pour en faire aussi un produit hypertrophique de nature simplement irritative qui n'accompagne plus souvent le chancre qu'à cause du degré plus élevé de ses propriétés irritantes.

Il ne reste donc plus pour ce chapitre que les chancres mous et les ulcérations syphilitiques, et encore comment et pourquoi réunir dans une classification naturelle (telle est la juste prétention des auteurs) deux affections aussi

dissemblables d'origine, d'aspect, de marche et d'importance. Il est vrai que MM. Péan et Malassez ne sont pas très-affirmatifs de cette radicale dissemblance : « un chancre mou, disent-ils, d'après la formule précise et sceptique de M. Guérin, peut être suivi de vérole (p. 64). » Sur cette question de doctrine, ils ne font du reste que glisser, et reconnaissant tout au moins la rareté de cette filiation de la syphilis, ils se bornent à la description clinique et diagnostique des faits. C'est ainsi qu'on retrouve dans ce livre l'histoire symptomatologique du chancre mou, accompagnée, par parenthèse, de planches coloriées très-bien faites et très-ressemblantes, l'histoire du chancre d'infection, premier accident secondaire, suivant l'expression de M. Béhier, enfin celle des ulcérations secondaires communes.

Au sujet du chancre dit infectant, ces messieurs donnent une statistique de sa fréquence relative dans les deux sexes. De l'addition des statistiques partielles de MM. Bassereau, Fournier, Clerc, Martin, Carrier, il résulte que chez l'homme il y a un chancre anal pour 177, et chez la femme 1 sur 13, disproportion énorme qu'une statistique plus récente tend à diminuer, tout en la laissant très-remarquable ; M. Fournier, en effet, dans son livre attendu, aujourd'hui sous presse, sur la « syphilis de la femme » compulsant un nombre considérable d'observations, est arrivé aux rapports suivants : 1 chancre anal sur 78 chez l'homme ; un sur 14 chez la femme.

D'autres ulcérations que le chancre infectant, comme on sait, peuvent siéger à l'anus ; ce sont les syphilides ulcéreuses ou érosives, les plaques muqueuses, mais ce qu'on sait moins, c'est qu'avec ces lésions spécifiques peuvent co-exister des érosions, fissures, ulcères chroniques, des condylomes qui, pour MM. Péan et Malassez, ne sont pas nécessairement de même nature. Contrairement à l'opinion de M. Guérin, ces messieurs croient établir suffisamment

cette distinction sur la marche et l'aspect de ces lésions.

Des difficultés analogues d'interprétation nosologique s'élèvent à l'occasion du dernier sujet traité dans ce livre : « les ulcérations scrofuleuses » le lupus ou esthiomène, ano-vulvaire de M. Huguier. On sait que Virchow, portant sur ce point sa réforme générale de *décentralisation* pathologique, serait tenté, dit-il, d'en faire « un cas de prédispositions toutes locales. » Cette opinion, du reste, a été soutenue en 1865 par un des chirurgiens actuels de l'Antiquaille, M. Horand (thèse d'inauguration), et, d'après ce travail, en contradiction avec M. Virchow, qui faisait alors du lupus une manifestation syphilitique. Je n'ai pu vérifier ce qu'il en était de cette contradiction. MM. Péan et Malassez, sans s'arrêter et sans se prononcer catégoriquement sur ces questions théoriques, se bornent à l'étude pratique des faits relatés dans deux observations recueillies dans les services de MM. Fournier et Goupil, par MM. Curtis et Bourneville. Arrivé au terme de cette analyse, qui n'a de prétention que de provoquer pour le livre de MM. Péan et Malassez une curiosité intelligente et intéressée, nous ne pouvons mieux la clore que par les conclusions des auteurs, conclusions qui résument, expliquent et justifient leur travail.

« Deux classes d'ulcérations anales :

« 1^o Les ulcérations spéciales : chancre mous, chancres d'infection, plaques muqueuses, auxquelles on pourrait peut-être ajouter les ulcérations tuberculeuses, cancroïdales et carcinomateuses.

« 2^o Les ulcérations communes, résultant, les unes d'une irritation : érosions, fissures ; les autres d'un trouble de nutrition ; ulcères chroniques. »

CLERMONT,

Interne des hôpitaux de Paris.

A TREATISE ON SYPHILIS, by WALTER J. COULSON,
1869.

Il ne faut pas s'attendre, ainsi que l'auteur a eu soin de nous en avertir dans sa préface, à trouver dans ce livre des idées originales ; mais l'état actuel de la pathologie syphilitique s'y trouve résumé avec une clarté et une méthode très-remarquable.

Deux chapitres sont consacrés au début de l'ouvrage à la description et au traitement du chancre mou ; mais que le lecteur se rassure en voyant ce sujet traité dans un livre sur la syphilis ; ce n'est là qu'un prétexte à diagnostic entre le chancre mou et le chancre induré ; l'auteur se déclare hautement partisan de l'école moderne, et décrit ensuite successivement le chancre infectant dans les deux sexes, et les différents accidents syphilitiques classés en quatre périodes, la dernière n'étant qu'une subdivision de la troisième, est uniquement réservée aux affections viscérales. Un chapitre spécial résume l'histoire des doctrines de la syphilis ; un autre donne une très-bonne description de la syphilis maligne ; enfin les affections du système nerveux sont traitées avec un développement inusité. La partie thérapeutique est digne d'intérêt ; nous y avons remarqué une plaidoirie très-convaincante en faveur du mercure.

Dr Henry COUTAGNE.

VI

SUR L'ÉTUDE DE LA DERMATOLOGIE,

par L. DUHRING, de Philadelphie.

Dans cet opuscule l'auteur signale les rapides progrès que la dermatologie a réalisés durant le cours de ces dernières années. Les doctrines enseignées et considérées comme vraies, il y a environ un quart de siècle, sont très-différentes de celles admises par les pathologistes et auteurs contemporains. C'est grâce surtout aux expérimentations et aux recherches des dermatologistes modernes que la science s'est graduellement affranchie de bon nombre d'obscurités et est enfin sortie de l'ornière d'idées traditionnelles et erronées et d'une confusion dans la nomenclature, bien suffisantes pour effrayer la plupart même des plus déterminés travailleurs. Cette malencontreuse nomenclature que nous ont transmise nos premiers maîtres, y compris d'innombrables altérations et additions intercalées depuis longtemps a eu une grande part à ce résultat. Actuellement encore elle renferme beaucoup trop de synonymes et d'expressions mal définies. En outre, chaque pays préconise pour les maladies de la peau sa propre nomenclature, et jusqu'au jour où l'on aura un vocabulaire précis des termes de ces affections, vocabulaire à l'usage de toutes les nations, — ce qui permettrait de discuter sur une seule et même affection, en employant sinon les mêmes expressions, du moins des dénominations indiquant toujours la même lésion, — jusqu'à ce moment, disons-nous, on ne

saurait avoir qu'un faible espoir en la diffusion et le développement de cette branche de la médecine.

En commençant l'étude de la dermatologie ainsi que de toutes les autres parties de la science, il est certains phénomènes et faits que l'on est obligé d'admettre comme exacts avant de pouvoir aller plus loin ; ces faits doivent servir comme une base sur laquelle on édifie, et il faut, jusqu'à plus ample informé, les accepter sur parole. Au début de nos études, nous savons qu'une maladie cutanée est telle et qu'elle porte tel nom, uniquement parce qu'on nous a dit qu'il en était ainsi, et nous l'avons cru ; mais plus nous avançons, plus nous acquérons la possibilité d'établir un diagnostic correct et de décider par nous-mêmes.

Cette faculté de recherche et d'étude nous la tenons, avant tout, des enseignements de notre professeur et aussi de notre expérience clinique antérieure. Nulle part en médecine la nécessité d'un maître, d'un professeur accompli ne se fait plus sérieusement sentir que dans l'étude de cette classe d'affections. Il est indispensable de choisir au début un initiateur compétent ; sans son aide il serait impossible d'avoir une base solide et positive sur laquelle on puisse édifier ultérieurement ses propres recherches. Peut-être le point le plus important est-il la fréquentation d'une clinique ou d'un hôpital où il soit possible de voir et d'examiner les malades ; car il n'est aucune autre méthode qui puisse donner à un étudiant le fil qui le dirigera dans le labyrinthe de ces maladies et de leurs nombreuses phases. Il se familiarise ainsi avec des phénomènes et des apparences qu'il ne pourrait autrement comprendre que d'une manière très-imparfaite ou peut-être même pas du tout.

Le traitement des maladies de la peau ne doit avoir qu'une importance secondaire pour l'étudiant ; car il ne faut pas oublier que s'il n'est pas tout d'abord à même de

porter un bon diagnostic, capable d'embrasser le cours entier d'une maladie; sa thérapeutique bien que judicieusement réfléchie ne saurait jamais être efficace.....

Jusqu'à ces dernières années l'étude de la dermatologie, comme branche spéciale de la médecine, a été dans notre pays, (en Amérique) l'objet de très-peu d'encouragement et d'attention, et l'absence d'hôpitaux et d'institutions pour ces maladies a obligé les étudiants à chercher dans d'autres contrées un enseignement et des matériaux nécessaires. Les diverses écoles de dermatologie en Europe ont toujours joui d'une haute réputation notamment celles de Vienne, de Paris et de Londres où cette branche de la médecine a été enseignée et étudiée durant les cinquante dernières années. Actuellement l'Allemagne ne possède qu'une école reconnue de dermatologie; c'est l'école de Vienne. Berlin, bien qu'ayant toujours été un des grands centres médicaux de l'Europe, n'a jamais occupé une place importante par rapport à la dermatologie, et l'on peut faire la même observation pour les autres villes d'Allemagne. La France centralisée dans Paris s'est toujours vivement intéressée à l'étude de ces affections, a puissamment contribué à faire progresser la science et à la placer à son véritable rang. L'Angleterre s'est toujours également beaucoup occupée de cette partie de la médecine et depuis l'époque de Willan elle s'est efforcée de maintenir et de défendre avec zèle et intelligence ses opinions et ses doctrines. En résumé, nous dirons que aujourd'hui les enseignements de Vienne, de Paris et de Londres représentent la dermatologie en Europe, car dans les autres pays on a adopté avec plus ou moins de variantes les idées de l'une ou l'autre de ces écoles.

Les doctrines en vigueur dans ces trois centres sont très-différentes, non-seulement par rapport à leurs théories relatives à la pathologie, mais encore quant aux principes

mêmes de traitement. Sans parler du passé, jetons un coup d'œil sur ces trois enseignements et indiquons les avantages propres à chacun d'eux ; nous nous abstenons néanmoins de toute critique ou argument concernant les théories et opinions qu'elles soutiennent et qui établissent une ligne de démarcation entre chaque école. La dermatologie de la Grande-Bretagne est représentée par des travailleurs nombreux et autorisés, dont les noms sont connus de tous. Parmi ceux qui occupent d'importantes positions dans les institutions consacrées à ces affections, nous mentionnerons les noms de Wilson, Startin, Fox, Anderson, Hutchinson, Fagge, Milton, Purdon, Sims, Squire et Gee, qui tous ont de temps à autre fourni de précieux tributs à la dermatologie anglaise et ont témoigné d'un chaleureux intérêt au sort de cette branche de la médecine. Plusieurs de ceux que nous venons de nommer ont consacré leur vie à étudier ces maladies et ont communiqué leur enthousiasme aux autres. Comme il est naturel de se l'imaginer, la dermatologie trouve un centre dans la grande métropole du monde et c'est là que l'on peut se faire une juste idée de l'école anglaise. Un des plus grands avantages que Londres offre au dermatologiste c'est l'occasion de voir un nombre presque infini de cas, et de permettre ainsi d'observer quelques-unes des formes les plus rares des dermatoses qui sont nécessairement fournis par une population de trois millions d'habitants.

Londres possède plusieurs institutions pour le traitement des affections cutanées ; la plupart sont des dispensaires bien qu'elles portent souvent le nom d'hôpitaux. L'absence en ce pays d'un vaste hôpital pourvu d'un grand nombre de lits a toujours été un obstacle aux recherches et aux études ; cette absence est surtout regrettable pour ceux qui désireraient étudier ces maladies sous tous leurs aspects et dans toutes leurs modifications. Le service des

dispensaires est extrêmement utile pour la facilité qu'il offre de voir des faits et de poser des diagnostics, mais les résultats que l'on obtient dans le traitement ne doivent, en règle générale, être acceptés qu'avec réserve. Un service de cette nature, où les malades vont et viennent à volonté, souvent d'une manière très-irrégulière, usant et abusant des remèdes, comme cela arrive, ne donnent jamais les mêmes résultats précis et les statistiques exactes que l'on obtient dans la pratique hospitalière. Nulle part d'ailleurs, à Londres, il ne paraît exister un enseignement clinique régulier et dogmatique ; et cette lacune constitue peut-être le côté faible des études dermatologiques dans cette cité. La plupart de ces institutions possèdent de nombreux matériaux pour l'étude, mais aucun soin n'est pris pour que l'élève reçoive une instruction élémentaire ; il doit se borner presque entièrement à ses propres observations. On n'apporte pas non plus, dans ces dispensaires, à l'étude de ces maladies le temps où l'attention exigée pour leur complète compréhension ; ces examens, trop superficiels sans doute dans beaucoup de cas, étant limités par le peu de temps disponible eu égard au nombre des malades que l'on doit voir ; cette négligence fait préjuger du peu d'empressement apporté à l'étude approfondie du sujet. Londres manque d'un système d'étude qui comprendrait une série de lectures accompagnées d'enseignement clinique et d'un hôpital où les étudiants pourraient travailler sous des maîtres expérimentés et suivre de près la science dans ses nombreux détails. Tant qu'un tel changement ne sera pas accompli, Londres ne pourra jamais prétendre à un rang égal, comme école de dermatologie, à celui d'autres pays.

A l'inverse de Londres la dermatologie se trouve concentrée à Paris dans un seul local, dans le grand hôpital Saint-Louis, vénérable institution qui a été témoin de travaux et de recherches d'hommes tels qu'Alibert, Bielt,

Schedel, Gibert et autres éminents dermatologistes. Saint-Louis contient environ 600 lits consacrés aux maladies de la peau, sous la direction de six médecins qui y sont attachés et consacrent deux ou trois heures par jour à la visite de leurs salles assistés de leurs internes. Annexé à l'hôpital il y a chaque matin un immense service de dispensaire (consultation) comptant en moyenne 150 nouveaux cas. Les plus intéressantes et les plus graves de ces affections constituent les malades hospitalisés; les autres sont traités comme des sujets de dispensaire ou bien on leur donne une consultation et on les renvoie. C'est le plus vaste hôpital qui existe pour les maladies de peau et le service de dispensaire de beaucoup le plus considérable de l'Europe.

Les cas réunis à Saint-Louis sont très-nombreux, ils comprennent toutes les variétés les plus communes des dermatoses et bon nombre des formes les plus rares. Bien que les occasions d'étude soient là très-faciles, en raison de cet immense hôpital, de la réunion presque illimitée de cas, l'accès facile des malades et leur examen, on regrette cependant là comme à Londres l'absence d'un enseignement clinique. L'étudiant est livré à ses propres ressources et il ne peut arriver à la connaissance du sujet que grâce à une extrême attention et un soin inouï d'observation, car il n'y a qu'un très-petit nombre de cours réguliers et généraux. Le « *corps dermatologique* » contient bon nombre d'hommes éminents, dont quelques-uns qui ont acquis une réputation justement méritée. Les médecins de l'hôpital Saint-Louis sont MM. Bazin, Hardy, Lailler, Vidal, Hillairet et Guibout, tandis que les noms de Devergie, Cazenave, Ricord, Fournier, Rochard, Diday, Dron, Rollet et Doyon sont tous identifiés avec cette spécialité en France. Sous quelques rapports, les hôpitaux de Paris n'ont pas d'égaux pour l'étude des maladies cutanées, et

pourvu que l'étudiant ait déjà une certaine connaissance de la dermatologie et soit en état de poursuivre seul ses études, l'hôpital Saint-Louis est un vaste champ d'observation.

A Vienne les sciences médicales sont beaucoup plus divisées et subdivisées que partout ailleurs. Ici les diverses spécialités établies sur une base solide et vraie sont l'objet des recherches et des travaux les plus complets. C'est ici que les spécialités prennent leur véritable forme et empiègent de science et de renommée la profession médicale. Parmi toutes les autres branches de la médecine, la dermatologie occupe une place très-remarquable, prééminente : on l'étudie avec un zèle et une ardeur que j'ai vu rarement ailleurs. L'*Allgemeines Krankenhaus* a été pendant ces dernières années le centre de la dermatologie et il a pris cette importante position depuis qu'Hebra a publié ses travaux. Grâce aux découvertes de ce dermatologiste distingué l'étude de la spécialité a pris une nouvelle vie en Allemagne, se développant constamment jusqu'à ce qu'elle ait atteint la situation où nous la voyons se présenter aujourd'hui, comme une des plus définies des spécialités médicales. La division des maladies de peau dans cet hôpital renferme un certain nombre de salles disposées pour recevoir environ 200 malades sous la haute direction du professeur Hebra.

L'étudiant qui désire se livrer à l'étude de la dermatologie trouve là un plan d'étude disposé dans ce but ; et, commençant par l'anatomie de la peau et les détails élémentaires, il arrive ainsi graduellement, avec l'aide de professeurs habiles à un degré de savoir qui le met bientôt à même de continuer seul. Il y a constamment des cours généraux et cliniques pour les étudiants qui commencent et ceux qui sont plus avancés, et les plus louables efforts sont faits pour répondre aux désirs de tous. Il existe même des

conférences pour ceux qui désirent étudier d'une manière spéciale le diagnostic, le traitement et la physiologie de ces affections, fournissant ainsi une occasion de devenir plus familier avec tous les détails du sujet. Il est impossible de surpasser les avantages que Vienne offre pour l'étude de ces maladies, et l'étudiant qui voudrait arriver à une connaissance complète de la dermatologie ne peut pas trouver une meilleure école, une organisation plus parfaite pour commencer à travailler avec fruit. Là il sera en état d'acquérir les connaissances élémentaires qui deviendront le point de départ de ses recherches personnelles, marche sans laquelle l'enthousiasme devient bientôt stérile et le temps se consume sans profit. Le vif intérêt que toute l'Allemagne porte à la dermatologie est évident pour nous tous, et les travaux bien dirigés et sérieux de dermatologistes tels que Hebra, Auspitz, Pick, Köbner, Neumann, Kohn, Veiel, Biesiadecki, Zeissl, Sigmund, Lindwurm, Rindfleisch et beaucoup d'autres doit nous rappeler que la science ici est solidement établie sur les plus larges proportions, et qu'elle mérite bien toute la réputation qu'elle a acquise.

Le traitement des maladies de la peau a passé par de si rudes épreuves et des expériences si différentes dans le monde entier, que, jusqu'à ces dernières années, il se trouvait dans les conditions les plus déplorables. Depuis un temps immémorial le nombre des remèdes employés pour la cure des diverses affections a été si considérable qu'il serait complètement impossible d'en faire l'énumération. De temps à autre on a vanté pour toutes les maladies des spécifiques sans nombre, dont la plupart quand on les soumettait à une épreuve impartiale, échouaient tout à fait. Certainement aucune classe d'affections n'a été condamnée à de tels abus à travers la prescription désordonnée de remèdes dont beaucoup ont été apparemment donnés dans

le seul but de grossir la liste des prescriptions. Les loyales recherches de quelques-uns de nos dermatologistes ont toutefois débarrassé cette liste de la plupart de ces prétendus remèdes ; mais à leur place, il est certain que l'on n'a encore trouvé aucuns spécifiques. La méthode de traitement employée dans les trois écoles auxquelles j'ai fait allusion présente de nombreuses différences sous beaucoup de rapports. L'expérience décidera si un plan thérapeutique dissemblable est absolument nécessaire pour des pays distincts ou si une école est sous ce rapport en avance sur l'autre. Cependant quelques-unes de ces maladies semblent certainement affecter un caractère plus doux dans une contrée que dans l'autre, nécessitant ainsi une médication moins énergique.

Par rapport aux maladies typiques il est digne de remarque que la même affection suit une marche différente dans des pays divers et parmi des nations différentes. Par exemple si l'on examine le *lupus vulgaris* en Autriche, en France et en Angleterre on observera, en règle générale, que cette terrible maladie présente des différences marquées dans sa marche, sa gravité et sa terminaison. Cette affection si commune en Autriche et le sud-est de l'Europe, notamment dans les provinces danubiennes où elle revêt sa forme la plus violente est un type de maladie essentiellement locale. Dans aucun autre pays on ne trouve des cas aussi rebelles et aussi graves de cette cruelle affection. Le lupus en France et en Angleterre présente les mêmes caractères et suit la même marche, mais là il constitue, comparativement, une affection bénigne, et justiciable de traitement ; tandis qu'en Autriche il est souvent incurable. Dans ce dernier pays il n'est pas rare de rencontrer des cas persistant depuis vingt ans, envahissant souvent la face entière, le dos et les membres ; tantôt restant stationnaire, et tantôt progressant avec des ravages effrayants et la des-

truction des tissus. Si l'on veut se rendre compte de cette différence de degré et de forme des affections survenant dans ces pays, il est nécessaire d'examiner le genre de vie des habitants. La position sociale, le *modus vivendi* et le régime jouent, en effet, un rôle actif dans l'évolution de certaines affections cutanées, et l'on doit sans doute trouver la cause de cette différence dans les influences que je viens d'indiquer. C'est en tenant compte de ces particularités dans certaines contrées que nous pouvons en partie expliquer la différence de la thérapeutique existant entre plusieurs de ces écoles; mais cela ne touche qu'un point de la pathologie et non la méthode même. Si nous choisissons des maladies dont la marche est la même dans tous les pays, nous verrons que, par rapport à leur traitement, les trois écoles sont en désaccord. L'école allemande avec Hebra à sa tête s'occupe plus des faits que des théories et s'en remet plus à l'expérience pour le traitement qu'aux doctrines. Ils prétendent que comme la cause de la plupart des maladies de la peau est encore obscure, il est impossible d'admettre une médication interne rationnelle avec l'espérance d'un résultat positif; et par conséquent, à très-peu d'exceptions près, on ne connaît aucuns médicaments agissant comme spécifiques et on donne la préférence à d'autres méthodes plus sûres pour arriver à la guérison.

L'école d'Hebra maintient que l'on doit immédiatement rechercher la cause directe et excitante d'une maladie, et si on la trouve, prescrire le traitement qu'elle réclame. Mais outre la médication interne que l'on peut instituer, elle insiste sur l'utilité d'une méthode énergique de traitement externe. Lorsque la cause de la maladie est inconnue on porte toute son attention sur la thérapeutique externe, et si la guérison est impossible on obtient néanmoins certains changements qui tendent à l'améliorer. Dans bon nombre de cas, on considère ces affections comme de simples

troubles du système tégumentaire, c'est-à-dire comme n'étant nullement des maladies constitutionnelles ou diathésiques et comme telles on se borne à leur opposer une médication locale et externe. La méthode suivie pour le traitement des affections cutanées par l'école de Vienne est incontestablement plus simple et plus rationnelle que celle des autres écoles et les avantages qui en résultent parlent d'eux-mêmes.

L'école française ignore complètement les méthodes pratiquées dans les autres pays, et soutient ses propres doctrines avec une grande opiniâtreté. Elle admet que la majorité de ces désordres sont le résultat d'une diathèse, c'est-à-dire un état particulier de l'économie prédisposant à certaines éruptions, et que en conséquence la thérapeutique doit être dirigée contre la maladie interne ; toutefois elle conseille aussi une médication externe, mais avec si peu d'insistance que c'est à peine s'il y a quelque action sur la peau. On compte encore sur de grands résultats par l'emploi des bains soit simples, soit médicamenteux, tandis que les pansements émollients, les cataplasmes et les pommades anodines représentent les remèdes externes mis en usage.

L'école anglaise adhère encore intimement aux doctrines exposées par Willan dans la seconde partie du dernier siècle. Les vérités qui furent annoncées à cette époque par rapport à plusieurs de ces affections sont sans contredit aussi exactes et aussi justes maintenant qu'alors ; mais en même temps il ne faut pas oublier que la science a, dans les années suivantes, réalisé de grands progrès. Les opinions de quelques-uns des auteurs anglais actuels ne sont nullement d'accord avec les études et les recherches récentes faites dans d'autres pays, et bon nombre d'entre eux soutiennent leurs propres idées et théories avec une complaisance qui a lieu d'étonner les esprits généreux et progres-

sifs. On considère là le traitement externe presque comme sans avantage et souvent inutile. On donne aux médicaments et aux remèdes internes une extension illimitée, et c'est sur leur emploi que l'on compte principalement pour la guérison de ces maladies. Pour être juste, nous désirerions qu'elle comprît que les remarques ci-dessus ne s'appliquent qu'à l'école de Londres non modifiée par sa participation aux idées du continent.

En résumé, ces trois centres offrent incontestablement chacun de grandes attractions, et pour arriver à une connaissance complète de la dermatologie, nous considérons comme essentielle une visite à chacun d'eux. Car dans ces pays situés à quelque distance les uns des autres et soumis à des influences aussi variées de climat, d'habitudes, de genre de vie, etc., on voit la même maladie présenter des aspects différents. Ce fait s'impose à l'attention de tous les voyageurs scientifiques, quoique tout essai d'une description spéciale soit ici insuffisant.

Quant à ce qui regarde l'étude de la dermatologie dans notre propre pays, il y a dès aujourd'hui un vaste champ ouvert à la discussion. Pour le moment je me bornerai à la remarque suivante : c'est que, bien que dans le passé on ait manifesté très-peu d'intérêt pour l'étude des maladies de peau, l'établissement récent dans nos villes d'institutions séparées et de divisions rattachées à nos hôpitaux, tend à montrer que le véritable esprit d'investigation s'est réveillé. C'est avec une vive anxiété que nous attendons l'époque où notre pays établira une école américaine, une école éclectique sérieuse et indépendante, réunissant les bonnes qualités et les saines théories empruntées à nos amis d'Europe, en même temps que les résultats de nos recherches et de nos travaux personnels. (*American journal of syphilography and dermatology.*)

VI

ÉTUDES ET OBSERVATIONS SUR LA SYPHILIS INFANTILE ET SUR UNE FORME SUSPECTE DE SYPHILIS CHEZ LES ENFANTS A LA MAMELLE

Par le Dr **GAETANO CASATI**

Médecin en chef de l'hôpital des enfants exposés et des femmes en couches
de Milan

Traduit de l'italien par le Dr **Daniel MOLLIÈRE**
Chef de clinique chirurgicale à l'École de Lyon.

(Extrait des *Annali universali di medicina*.)

(SUITE.)

Quelques auteurs, et Buffini entre autres, confondant probablement cette pustule avec l'ulcère infectant, la considéraient comme la première manifestation d'une syphilis acquise. Tous, en parlent comme d'une syphilide primitive, observée seulement chez les enfants infectés pendant l'allaitement, et non chez les enfants atteints héréditairement. Son existence, ou celle de la cicatrice qui lui succède, suffirait donc pour diagnostiquer une syphilis héréditaire d'une syphilis acquise (1).

(1) S'il en était ainsi, ce serait un signe bien précieux pour nous, pauvres médecins de crèche, qui sommes si souvent obligés de nous en rapporter à la bonne foi des nourrices, pour savoir si c'est d'elle que vient la syphilis, ou si l'on doit la considérer comme héréditaire chez le nouveau-né. Mais l'observation quotidienne nous montre combien incertain et trompeur serait un pareil criterium.

Comme on en peut juger par le court résumé que je viens de donner, Buffini, dont les travaux sortent de ce même hôpital, a confondu la pustule que je décris avec l'ulcère primitif. Or, ces deux formes sont essentiellement différentes. Je crois pouvoir nier formellement que cette pustule soit la première manifestation de la syphilis acquise; c'est une forme qui appartient à la syphilis héréditaire, si toutefois elle appartient bien réellement à cette maladie. Et non-seulement ce n'est pas une lésion communiquée par une nourrice malade, mais l'enfant ne l'a pas non plus contractée en traversant des voies génitales atteintes d'ulcères syphilitiques ou vénériens.

Ces deux suppositions, l'observation quotidienne de ce qui se passe dans les autres cas et l'évolution même de la pustule viennent les réduire à néant.

J'ai eu l'occasion de voir se développer cette pustule chez des enfants allaités par des femmes parfaitement indemnes de syphilis, et qui n'avaient aucune espèce de lésions aux mamelons. Quoique nous ne puissions rien affirmer sur l'état antérieur de la santé de la mère, nous avons cependant de sérieuses raisons pour penser que les organes génitaux étaient sains au moment de l'accouchement. La syphilis n'avait donc été contractée par ces enfants, ni lors du passage, ni par l'allaitement. Je l'ai vue sur un enfant dont la mère était certainement indemne, car j'ai pu l'examiner avec tout le soin nécessaire; sa nourrice se portait également bien.

Enfin je l'ai pu observer sur l'enfant d'une femme qui avait contracté la syphilis pendant sa grossesse. Cet enfant vint au monde par la gastro-hystérotomie, et fut allaité artificiellement. Nous aurions enfin l'objection du temps. Quelle que soit la porte d'entrée du virus, il faut aux lésions un certain nombre de jours pour se développer. Or, dans un grand nombre de circonstances, presque dans la

moitié des cas, c'est vers le quinzième jour après la naissance que la lésion s'est montrée. Mais ce n'est pas tout. L'aspect de l'ulcère primitif que l'on observe dans la bouche des enfants diffère complètement de celui de la pustule. Elle peut cependant dans quelques circonstances rares présenter cet aspect, mais c'est seulement dans les cas où le petit malade porte d'autres lésions nombreuses et parfaitement accentuées. Quand il s'agit réellement de la syphilis, on observe quelque chose de tout à fait analogue à ce qui se passe dans l'évolution de la pustule vaccinale chez les enfants manifestement syphilitiques, à ce que l'on voit arriver chez l'adulte pendant l'évolution de cette maladie. Ne sait-on pas, en effet, que chez eux une plaie simple, une incision quelconque prend rapidement l'aspect lardacé caractéristique ? Il n'en est rien, au contraire, si la syphilis est à l'état latent, et la pustule vaccinale suit son évolution régulière chez l'enfant vénérien, si la maladie ne présente pas de manifestations à ce moment-là. Mais, pourra-t-on m'objecter, si cette pustule se transforme en un ulcère, sous l'influence de la syphilis, si vous la pouvez comparer aux modifications que subissent, en pareil cas, une plaie simple, une pustule vaccinale, vous ne pouvez que la rattacher à la syphilis héréditaire. A cela je répondrai, qu'en admettant que cette pustule est de nature syphilitique, ce que je n'admets pas d'une manière absolue, je l'ai déjà dit, je la considère comme le premier et le plus léger symptôme de la syphilis héréditaire. L'anatomie pathologique le démontre, car les lésions viscérales font entièrement défaut à cette période, ou à peu près. Plus tard, la maladie marche, la pustule la suit, elle prend cette forme ulcéreuse, à fond lardacé caractéristique, tandis qu'elle envahit le foie, les poumons, etc., y produisant ces hyperplasies, ces indurations qu'on ne trouvait pas tout d'abord, et dont les germes existaient cependant.

Pourquoi ne pas admettre pour la pustule la même évolution que pour les lésions viscérales ?

Contre l'opinion de ceux qui croiraient encore la lésion contractée au passage, nous pourrions objecter son siège. C'est au palais, à la langue qu'elle se montre d'ordinaire; jamais aux lèvres, jamais aux paupières, jamais aux organes génitaux.

Ainsi, sur les cinquante-huit pustules suspectes que j'ai observées en 1866, j'en ai compté cinquante-huit sur le palais et quarante-six sur la langue; au palais surtout chez les plus jeunes enfants. Il me semble que si la lésion était contractée au passage, le palais en serait le siège le plus rare de beaucoup, puisque son contact direct avec les régions malades n'est pas possible. On devrait l'observer par ordre de fréquence aux lèvres, aux gencives, aux organes génitaux, à la langue. Ces régions sont si délicates chez le nouveau-né, toujours humides, gonflées ! La contagion s'y devrait produire avec une extrême facilité, c'est là que la pustule devrait toujours se montrer; et c'est au contraire sur le palais, sur la langue, c'est-à-dire sur les parties les mieux protégées. Il est donc peu logique d'admettre une semblable étiologie.

Une dernière réflexion m'est suggérée par cette épidémie de pustules buccales observée dans cet hôpital en même temps qu'une épidémie d'ulcération du mamelon. Pour ceux qui, comme Buffini soutiennent une opinion contraire à la mienne, ce fait semble ruiner complètement tout l'édifice que je viens de m'efforcer d'élever. Le fait est que, de prime abord, cet argument semble singulièrement contraire à mes idées, à mes affirmations. Vous niez, me dirait-on, que cette pustule soit la première manifestation d'une syphilis acquise, et cependant vous m'en donnez la preuve. Vous me montrez l'origine contagieuse de cette pustule, et vous allez ensuite nous soutenir que c'est une manifesta-

tion de la syphilis héréditaire, si toutefois c'est une lésion syphilitique.

Comment peut-on voir alors, deux enfants allaités par la même femme présenter cette pustule, alors que la nourrice qui les allaite, bien qu'indemne de syphilis, a pourtant le bout du sein malade? Comment concilier ces faits avec vos raisonnements? Ou la pustule est contagieuse, et alors la nourrice doit aussi s'en ressentir, ou elle ne l'est pas, alors la nourrice reste indemne, et cette pustule que vous vous êtes donné tant de peine à décrire n'est qu'un aphte, qu'une pustule quelconque, et tous vos doutes, tous vos discours finissent, en voulant trop prouver, par ne plus rien démontrer du tout. Et si vous la voulez absolument assimiler à une maladie vénérienne, notre pustule ne sera plus syphilitique, mais comparable à l'ulcère mou, non infectant. Elle est, en effet, contagieuse, peut passer d'un enfant à l'autre, puis à une nourrice, enfin de celle-ci à un troisième enfant. Ainsi s'expliquera cette série de contagions qui n'ont pas été suivies plus tard d'accidents constitutionnels. Quant aux enfants élevés au biberon, ils sont hors de cause, car ils sont morts trop tôt pour que la syphilis ait eu le temps de se développer; au reste l'allaitement artificiel en retarde l'apparition, à cause de la faiblesse dans laquelle il fait tomber l'enfant. C'est ce que l'on observe journellement pour d'autres maladies éruptives dont le développement exige une certaine dose de force vitale.

Je me suis souvent fait à moi-même toutes ces objections, et, abandonné de bonne heure à mes propres forces, c'est dans l'observation et la réflexion que j'ai cherché des arguments pour y répondre.

Je dois l'avouer, elles ont jeté dans mon esprit la plus grande incertitude. Pourquoi, en effet, si la lésion est contagieuse, la nourrice reste-elle indemne malgré l'ulcération du mamelon? Serait-ce une coexistence fortuite des deux

maladies chez la nourrice et l'enfant? L'ulcère de la nourrice ne serait-il pas la cause du mal, l'enfant n'aurait-il pas contracté cette pustule en suçant un sein ulcéré? A ce sujet, j'ai déjà manifesté quelques doutes, j'ai pourtant observé la pustule dans des bouches qui n'avaient jamais eu de contact avec des seins malades. Si donc l'objection ne tombe pas d'elle-même, elle semble plus fondée. Peut-être l'ulcération du sein ne fait-elle que hâter l'apparition du mal. J'admettrais plus volontiers une coexistence fortuite.

Pour ce qui a trait à l'infection successive de deux enfants allaités par une même nourrice, l'ayant observée tout aussi souvent avec des femmes dont les seins étaient indemnes qu'avec des femmes malades, ne pourrait-on pas supposer que le mamelon n'a joué que le rôle passif de véhicule, puisque la nourrice n'a pas été contaminée? Cette hypothèse est tout à fait acceptable si le mamelon est intact. Le bout du sein est, en effet, recouvert par de l'épiderme, tandis que la bouche est une muqueuse. Mais l'explication devient plus difficile, lorsqu'il existe une ulcération, une érosion. Il semble, en effet, que l'absorption du virus vénérien devrait se faire rapidement, comme elle se fait toujours sur les surfaces dénudées; ne l'observe-t-on pas chaque jour sur les accoucheurs ou les sages-femmes qui pratiquent le toucher avec des écorchures au doigt, alors qu'ils ont pu faire impunément cette exploration avec un épiderme indemne?

N'est-ce pas une des règles les plus vulgaires pour l'examen des femmes syphilitiques. Mais tout ceci n'explique rien, et ce n'est qu'après de nouvelles observations que nous pourrions adopter une hypothèse que d'autres plus habiles pourront peut-être démontrer.

On peut d'abord se demander si la puissance infectante de cette pustule n'est pas extrêmement faible exerçant son action sur la bouche délicate d'un enfant, et ne pouvant rien

sur un mamelon même ulcéré. C'est peut-être l'hypothèse la plus probable.

Le virus de cette pustule pourrait aussi n'avoir d'action que sur les muqueuses; les membranes cutanées, même dépouillées de leur épiderme, n'admettent que d'autres formes morbides.

En troisième lieu on pourrait penser que cette pustule n'a rien de syphilitique, et qu'elle ne peut se communiquer que de bouche à bouche, comme on l'observe pour beaucoup d'autres maladies aphteuses.

Enfin, il est possible que la sécrétion de la pustule érode le mamelon, mais que la femme antérieurement syphilitique ne puisse plus être réinfectée (1).

Mais cette hypothèse tombe d'elle-même, si l'on remarque que dans notre hôpital on ne reçoit aucune nourrice suspecte. Les cicatrices, les macules, tout ce qui peut en un mot faire soupçonner une syphilis antérieure les fait renvoyer, sans que l'on tienne aucun compte de leurs affirmations.

Nous avons vu plus haut pourquoi nous ne voulions pas considérer cette pustule comme une simple affection aphteuse.

Restent les deux premières hypothèses, sur lesquelles je voudrais attirer l'attention de ceux qui ont bien voulu me suivre dans ces travaux. La chose en vaut la peine. Tout ce que j'ai pu dire sur cette pustule est obscur, je le sais, et pour moi au moins le problème est loin d'être résolu; aussi ne voudrais-je pas être seul à chercher la solu-

(1) Que cette pustule puisse irriter le sein d'une nourrice et y faire naître des ulcérations, surtout si sa peau est délicate, je le crois sans peine, en effet toutes celles qui allaitent les enfants qui en sont porteurs accusent une sensation de brûlure. Paletta le premier a signalé ce symptôme, que j'ai pu moi-même vérifier bien des fois, ainsi que je l'ai déjà dit plus haut.

tion. Si quelque auteur vient avec de nombreuses observations éclaircir ces ténèbres, je l'en remercierai de grand cœur, alors même que ses conclusions seraient opposées à celles que je viens de formuler. C'est de la libre discussion que surgit la lumière, et bien souvent l'erreur fait naître la vérité en provoquant les recherches d'un observateur plus habile. Aussi serai-je heureux de voir les autres donner à leurs recherches la publicité que j'accorde aujourd'hui à mes doutes et à mes incertitudes.

Desquamation des doigts et des orteils, onyxis, ulcérations ombilicales, ulcérations axillaires.

Ces diverses lésions, que l'on rencontre très-souvent chez les enfants syphilitiques ou tout au moins suspects au premier chef, se voient assez souvent chez les enfants indemnes pour que le médecin soit extrêmement circonspect dans le jugement qu'il doit porter.

Jetons tout d'abord un coup d'œil rapide sur les symptômes. Au bout des doigts, vers la racine de l'ongle, on voit tout d'abord apparaître une légère rougeur, puis l'épiderme se détache et le derme reste à nu. L'ongle dépouillé de l'épiderme qui recouvrait son extrémité supérieure semble tout d'abord s'allonger, et s'il devient lui-même malade, s'il y a de l'onyxis, cet allongement est réel. Plus tard ce processus destructif, qui résiste en général à tous les traitements, se propage jusqu'à la main, en particulier à sa face palmaire, qu'il envahit au moins partiellement. Alors le derme est à nu, et l'on observe surtout au bout des doigts une rougeur de plus en plus marquée, qui prend une teinte obscure, livide, cuivreuse (1). — C'est une forme identique que l'on retrouve aux pieds, avec cette

(1) C'est cette forme qui constitue le faux psoriasis de certains auteurs (Trousseau), qui le rangent dans les lésions syphilitiques,

seule différence qu'elle y est beaucoup moins fréquente. Mais on ne doit pas considérer comme syphilitique cette desquamation suivie de suppuration gangreneuse, d'ulcérations arrondies ou ovales, à bords irréguliers, qu'on voit si fréquemment à la partie postérieure du calcaneum à peu près au niveau de l'insertion du tendon d'Achille. Ce dernier symptôme se voit souvent en même temps que la desquamation des mains et des pieds, mais il s'observe aussi seul et sur des enfants parfaitement sains. Ces ulcérations ont ordinairement pour origine l'habitude qu'ont un grand nombre de nourrices de tenir les enfants étroitement serrés avec des bandes. Ils restent ainsi pendant des heures, pendant des journées entières dans la même position. La partie postérieure du calcaneum est continuellement comprimée sur les langes, et la peau si sensible et si délicate qui la recouvre à cette période de la vie est excoriée, est ulcérée. C'est absolument ce que l'on voit sur les membres fracturés, quand le bandage trop serré qui maintient les fragments n'a pas été surveillé avec assez d'attention par le chirurgien. C'est à la même cause, et non à la syphilis, que doivent être rapportés les ulcères des malléoles internes, ulcères profonds, grisâtres, à bords irréguliers, entourés d'une zone rouge, érysipélateuse. — Enfin, l'on doit distinguer de la desquamation syphilitique ou suspecte, cette chute de l'épiderme qui se produit sur toute la surface cutanée, et que les mères considèrent comme un signe favorable. En pareil cas l'épiderme se détache en petites lamelles au-dessous desquelles la peau nouvelle est déjà formée, il n'y a aucune espèce de rougeur ; le processus est lent, il s'étend au corps tout entier et ne reconnaît pour cause aucun trouble morbide.

Au bout de 4 ou 5 jours, et ce temps varie avec les saisons et la force et le développement des enfants, le cordon ombilical se détache laissant à son point d'insertion une

petite plaie qui se guérit rapidement. Parfois au lieu de se guérir cette plaie s'élargit, elle prend un aspect sale, languissant, d'une couleur rougeâtre, cesse de suppurer, tandis qu'apparaissent ailleurs des érosions, des ulcérations. Il arrive aussi quelquefois que la plaie, qui s'était cicatrisée tout d'abord, s'ouvre de nouveau et résiste à tous les topiques : poudre d'alun, charpie imbibée d'une décoction de quinquina. Ces remèdes réussissent en général quand la lésion n'est pas syphilitique, quand elle reconnaît pour cause l'inintelligence des nourrices, leur mauvaise santé, le manque de propreté, et quelquefois ces influences épidémiques que l'on observe dans les crèches : diarrhée, muguet symptomatique. En pareil cas la plaie ne reste pas inerte, rougeâtre, comme nous l'avons noté chez les enfants suspects de syphilis. Au contraire, elle cède rapidement à un traitement convenablement dirigé, ou prend une extension également rapide, une forme gangreneuse, elle gagne en profondeur, la peau devient rouge, et l'inflammation, se propageant à toute l'épaisseur des parois abdominales, donne naissance consécutivement à des adhérences intestinales.

Le processus destructif peut aller plus loin : les parois de l'abdomen et l'intestin sont perforés, il se produit un anus contre nature, les matières fécales s'écoulent par cet orifice, et l'enfant en général succombe. Jamais on n'observe pareille chose quand l'ulcération est syphilitique.

Si l'enfant est mal tenu, si l'on ne fait que des lavages rares, si l'on néglige les bains, si, d'autre part, sa peau est délicate et fine, on la verra souvent s'excorier, s'ulcérer au niveau des aisselles et des aines, et le derme mis à nu prendra une coloration rouge, souvent même très-foncée. Mais avec un peu de propreté, quelques applications de charpie sur les points ulcérés, l'amidon ou la résine en poudre, ces excoriations disparaissent rapidement. Si vous

les voyez au contraire résister à ces moyens, gagner en profondeur avec une suppuration abondante, tandis que leur couleur deviendra plus foncée, vous pourrez avoir les plus vifs soupçons ; surtout si paraissent en même temps les ulcérations du bout des doigts, si la plaie ombilicale persiste : toutes ces lésions sont souvent, en effet, les avant-coureurs des autres manifestations de la syphilis qui vont plus tard se manifester. Je les ai souvent observées chez des enfants qui, à force de soins, ont fini par guérir, mais qui, dans la suite, ont présenté des symptômes évidents de syphilis héréditaire.

(La suite au prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX.

CHANCRES DU DOIGT, BUBONS CHANCREUX SUS-ÉPITROCHLÉENS,
PAR M. TIRARD.

Les chancres des doigts ne sont pas rares ; mais ce que l'on a observé moins souvent, ce sont les bubons d'absorption consécutifs à des chancres mous des doigts ; à ce titre, les observations recueillies par M. J. Tirard dans le service de M. Demarquay méritent d'être mentionnées dans ce recueil.

OBSERVATION I. — M. X., 22 ans, entre à la maison de santé le 16 février 1872. Il a, à un centimètre et demi au-dessus de l'épitrôchlée, une tumeur fluctuante de la dimension d'un œuf de poule. Elle est apparue vers la fin de janvier, et n'est plus douloureuse depuis cinq ou six jours ; léger engorgement des ganglions axillaires. L'incision de cet abcès donne issue à un pus sanieux abondant, roussâtre, non homogène. La plaie de l'incision présente dès le lendemain des bords grisâtres, pseudo-membraneux. On n'a pas osé tenter l'inoculation. Sous l'influence d'un pansement au vin aromatique, les bords de la plaie se dégorgent peu à peu, et les ganglions de l'aisselle reviennent à l'état normal. La plaie est à peu près cicatrisée le 12 mars.

L'adénite sus-épitrôchléenne avait succédé à une ulcération de l'index, probablement de nature chancreuse.

Le malade avait contracté en octobre des chancres mous à la verge. Un jour (8 novembre probablement — le texte

du journal auquel nous empruntons le fait dit 8 septembre par erreur sans doute), du sucre enflammé lui fit une ulcération à l'index droit. Il continua à panser ses chancres comme par le passé, et sans prendre de précautions. La plaie résultant de la brûlure ne se cicatrisa pas; elle gagnait, au contraire, en largeur et en profondeur. Les douleurs ne furent jamais vives, et la cicatrisation complète n'eut lieu qu'en janvier. La cicatrice de cet ulcère est irrégulière et déprimée.

OBSERVATION II. — Il y a deux ans, un jeune homme se présente à la consultation de M. Demarquay, et le prie de lui accorder ses soins pour une tumeur douloureuse siégeant à la partie inférieure et interne du bras droit, au-dessus de l'épitrôchlée.

Cette tumeur allongée, dans l'axe du bras, était fluctuante, mesurait environ quatre centimètres, les téguments étaient rouges et chauds.

La cause de cette adénite était un chancre de l'index développé dans les circonstances suivantes :

Le malade, quelque temps auparavant, soignait des chancres mous dont il était porteur. Un jour il se brûle l'index droit avec du soufre enflammé, et continue à se panser sans prendre garde à la petite plaie qui était le résultat de la brûlure. Cette plaie devient une ulcération qui s'étend en largeur et met longtemps à se cicatriser.

C'est à la suite de ce chancre du doigt que s'est développée la tumeur sus-épitrôchléenne, dont l'ouverture donne lieu à l'écoulement d'un pus sanieux non homogène.

Les bords de la plaie restent indurés et se couvrent de débris pseudo-membraneux. — La guérison fut difficile à obtenir.

(Gazette des Hôpitaux, n^{os} 70, 71, 1872.)

SUR UNE ALTÉRATION DU SYSTÈME OSSEUX CHEZ LES NOUVEAUX-
NÉS ATTEINTS DE SYPHILIS, PAR M. PARROT.

Cette lésion, qui n'a pas été signalée en France avant d'être décrite par M. Parrot, a été bien étudiée en Allemagne, mais au point de vue de l'anatomie pathologique pure, et en dehors de toute considération clinique, par M. A. Weigner, dans un mémoire inséré dans les *Archives de Virchow* pour 1870.

M. Parrot ne l'a trouvée que sur des enfants nés de parents syphilitiques, ou bien ayant présenté depuis leur naissance des indices certains d'une syphilis héréditaire; de plus, elle n'a jamais manqué quand ces conditions étaient remplies: aussi, est-il permis d'affirmer, que de toutes les manifestations de la syphilis congénitale, c'est la plus constante. On l'observe assez souvent sur les os larges, comme l'omoplate, ou les os courts, comme le calcaneum; mais elle a pour siège de prédilection les os longs des membres; et quand elle est généralisée, c'est aux extrémités inférieure du fémur et supérieure du tibia, qu'elle est le plus accentuée.

Les modifications portent sur le cartilage épiphysaire et sur l'extrémité de la diaphyse.

Les premières, peu appréciables au début, se caractérisent à une période avancée. Immédiatement au-dessus de la ligne de calcification, on voit, sur une hauteur qui varie de 1 à 2 millimètres, une teinte bleuâtre du tissu cartilagineux, qui est plus transparent et plus mou. Il peut même faire une légère saillie, et, dans ce cas, sa substance semble avoir subi, sur quelques points, comme un ramollissement gélatineux.

A l'examen microscopique, au niveau de la bande bleuâtre et molle du cartilage, on voit des séries longitudi-

nales de groupes de cellules en voie de prolifération. Elles sont tellement rapprochées les unes des autres, surtout à la région inférieure, qu'on distingue à peine quelques travées très-étroites de tissu fondamental devenu fibrillaire.

De tous les changements subis par l'extrémité diaphysaire, le plus constant est l'absence complète d'hématies dans la zone jaune et dans les autres parties tout à fait décolorées du tissu spongieux. Il semble qu'elles soient privées de vaisseaux. Les cellules embryonnaires, qui normalement existent en nombre si considérable dans les lacunes du tissu aréolaire calcifié ou ossifié, diminuent de nombre à mesure que le mal fait des progrès; en même temps, elles se rident, s'atrophient et s'entourent de graisse. Celle-ci est dans certains cas très-abondante et remplit les vacuoles.

Après l'apparition de la matière gélatiniforme, on trouve chez certains sujets, malades depuis longtemps, des lacunes inter-ostéo-cartilagineuses, avec du fluide puriforme et même quelques fragments osseux ou calcaires. Il s'est développé là un travail irritatif qui gagne souvent l'articulation et peut même, par la perforation des capsules fibreuses, donner naissance à des abcès articulaires. C'est cette période avancée du mal qui a été seulement décrite par quelques médecins français. (Valleix, *Bull. de la Société anat.*, 1834. — Ranvier, *Comp. rend. de la Soc. de biologie*, 1864.)

Cette manifestation de la syphilis héréditaire présente aussi un véritable intérêt au point de vue clinique. Elle prouve qu'il existe une *pseudo-paralysie*, due à une lésion des os, chez les enfants atteints de syphilis héréditaire; affection non encore signalée, peu commune et d'un diagnostic en général assez facile. (*Revue des cours scientifiques*, 8 juin 1872.)

TRICOPTILOSE ET TRICLOROSE.

M. le docteur Devergie a publié dernièrement, dans les *Annales de dermatologie*, un travail très-remarquable sur une nouvelle maladie des cheveux, la « tricoptilose. » Depuis, le docteur L. Billi a communiqué à l'Académie des sciences de Florence deux nouvelles observations de cette si intéressante affection.

Dans le premier cas il s'agissait d'un jeune conscrit que le docteur Billi a examiné en 1867. Les poils de la barbe semblaient chargés de petites pellicules, tellement étaient apparentes les nodosités du poil alternant avec les parties saines. L'auteur, dit-il, ne saurait mieux les décrire qu'en reproduisant la description du docteur Devergie : « Chaque cheveu du malade devenait sec et terne ; il grossissait en divers points de sa longueur et présentait alors des renflements fusiformes. Au niveau de chacun de ces renflements deux ou trois petits filaments ne tardaient pas à s'écarter en dirigeant leur extrémité libre, soit en haut, soit en bas ; enfin, cette dissociation en filaments multiples finissait par amener la rupture du cheveu, qui paraissait s'être tuméfié par suite du développement dans son épaisseur d'un tissu morbide, peut-être parasitaire. » (*Annales de dermatologie*, tome III, n° 1, p. 7.)

En raison de ce doute, je pris quelques poils, et malgré un examen très-attentif et bien que je les eusse soumis à divers agents chimiques, il me fut impossible ainsi qu'à un micrographe très-distingué de découvrir la moindre trace de parasites. Les poils se divisaient en filaments multiples répondant aux gonflements olivaires siégeant sur la longueur des poils. Ces derniers sont très-friables, grossissent dans leurs fibres élémentaires, qui se rompent facilement au niveau des nodosités ; dans ces cas l'extrémité terminale prend alors l'aspect d'une aigrette.

Deuxième fait. — Il s'agit d'un officier d'artillerie, âgé de 35 ans, sain et robuste, exempt jusqu'à ce jour d'affection cutanée, qui, depuis quelque temps, a observé une sorte de dissociation de ses cheveux : à la plus légère traction, ils tombent en grand nombre.

Pour conjurer cette calvitie précoce, il consulta le professeur Michelacci, qui me l'adressa pour examiner ses cheveux au microscope : cheveux rares, souples, pulvérulents, se rompant au plus léger contact ; on constata sur la longueur du poil de petits gonflements grisâtres qui commençaient à se détacher, l'extrémité terminale également disposée en aigrette. L'examen microscopique nous ôta tout soupçon de maladie parasitaire. Le traitement consista en pommade au turbith, lotions astringentes et toniques, etc.

Outre ces deux cas de tricoptilose, le docteur Billi a rapporté un fait de *tricolorose*, observé par le professeur Orsi, dans lequel les cheveux présentaient une coloration verte. Dans ces derniers temps, le docteur Billi a vu la même altération chez une de ses malades. C'est une paysanne saine, bien constituée, mariée, qui vint le consulter une première fois pour une teigne décalvante parasitaire, pour laquelle il prescrivit la pommade au turbith et des lotions de sublimé. A la seconde visite, un examen plus attentif fit découvrir au docteur Billi, outre la plaque de teigne, des cheveux verts disséminés sur toute la tête, mélangés à ceux de coloration normale châtain brun, ici en touffes, là moins abondants. Ils sont très-rares ou manquent soit sur la plaque alopétique, soit autour. La coloration occupe tout le poil, du bulbe à son extrémité, elle a un reflet brillant, comme métallique. On ne saurait admettre que la coloration résulte d'un métier spécial, comme chez les ouvriers qui travaillent le cuivre et le cobalt, — la malade ne s'occupant que des travaux de son ménage ; — elle n'a

jamais employé de remèdes locaux ; la pommade au turbith, dont elle n'usait d'ailleurs que depuis quelques jours, n'a jamais chez aucun malade produit des résultats semblables, et s'il fallait l'en accuser, ce serait autour de la plaque que la coloration serait la plus foncée. Observés au microscope, les cheveux ont l'aspect parfaitement sain, la couleur anormale comprend tous les éléments histologiques du poil, tant superficiels que profonds. On ne saurait admettre que cette teinte soit un passage de la coloration normale châtain brun au blanc, en raison de l'âge peu avancé de la malade, que tous les cheveux verts le sont du même ton de couleur, et enfin qu'on n'en trouve aucun déjà devenu blanc, comme cela devrait être s'ils représentaient une couleur de transition.

(*Imparziale med.*, n° 11.)

AFFECTIONS SYPHILITQUES PRÉCOCES DU SYSTÈME NERVEUX.

M. le docteur Ch. Mauriac a publié sur ce sujet un mémoire dont voici les conclusions :

1° Les périostites épicroâniennes constituent une des premières manifestations de la syphilis. Elles surviennent quelquefois peu de jours après le chancre infectant, avant l'apparition des accidents dits secondaires. 2° Elles paraissent siéger exclusivement dans le périoste du crâne, et, s'il existe une lésion hyperémique ou inflammatoire du tissu osseux, elle est, pour ainsi dire, accessoire et reste subordonnée à la périostite. 3° Les périostites épicroâniennes procèdent d'un vrai travail inflammatoire, d'un processus irritatif ou actif, ainsi que l'indiquent l'acuité de leurs symptômes et l'allure rapide de leur marche. 4° Chez l'adulte, dans la syphilis acquise, ces sortes de tumeurs du périoste ont une tendance décidée à la résolution soit spon-

tanée, soit provoquée par un traitement approprié. Elles disparaissent assez vite, sans laisser de traces. 5° Chez les enfants, dans la syphilis héréditaire, le processus des tumeurs péricrâniennes ne prend pas ou quitte vite le mode irritatif et résolutif pour le mode nécrobiotique et suppuratif. 6° Les périostites péricrâniennes sont le siège de douleurs fixes et le point de départ de douleurs irradiantes à forme névralgique. 7° Elles sont discrètes ou confluentes et occupent principalement la moitié antérieure du crâne. Leur durée varie entre quatre et six semaines quand elles sont abandonnées à elles-mêmes. Un traitement approprié peut les faire disparaître plus tôt. 8° Il peut se produire, au début de la syphilis, des périostites sur les côtes, les cartilages costaux et le sternum. 9° Comme les périostites péricrâniennes, ces périostites sterno-chondro-costales sont inflammatoires et résolutives, et elles deviennent le siège de douleurs fixes et le point de départ d'irradiations névralgiques. 10° C'est comme foyer de douleur qu'elles jouent un rôle considérable dans la dyspnée des premières phases de la syphilis. Cette sorte d'asthme syphilitique a, du reste, beaucoup d'autres causes. 11° Des périostoses et des exostoses peuvent se développer sur d'autres points du système osseux, dès les premiers jours de l'infection constitutionnelle. 12° En prenant pour point de départ de l'incubation de ces lésions osseuses le début du chancre infectant, on trouve que l'incubation la plus courte a été de 15 jours et la plus longue de 120 jours. 13° Ces périostoses peuvent se montrer plusieurs jours avant l'apparition des accidents cutanés et muqueux dits secondaires ; elles surviennent spontanément et sous l'intervention d'une cause provocatrice. 14° Elles paraissent procéder d'un mode syphilitique dans lequel le rôle du virus est moins actif que celui de l'individu. 15° Les périostoses du tibia sont de beaucoup les plus fréquentes. 16° Ces lésions osseuses précoces sont

plus communes et plus graves dans la syphilis héréditaire que dans la syphilis acquise, chez les Arabes d'Afrique et les habitants de l'Amérique du Sud que dans nos climats. 17° Les périostoses précoces, dans la syphilis acquise, sont presque toujours résolutives et s'expriment par un mode inflammatoire plus ou moins accusé. Le processus des périostoses des membres est en général moins irritatif que celui des périostoses péricrâniennes. 18° Elles peuvent guérir spontanément; mais elles disparaissent beaucoup plus vite sous l'influence d'un traitement mixte hydrargyrique et ioduré, et d'un mouvement local anti-phlogistique. 19° Elles aggravent le pronostic de la syphilis, bien qu'elles coïncident la plupart du temps avec des manifestations légères du côté des autres organes, et qu'elles n'impliquent aucune malignité dans les processus locaux ou dans les tendances de la maladie constitutionnelle.

(*Gazette des hôpitaux*, 1872).

DES NŒVUS NERVEUX, PAR LE D^r THÉODOR SIMON (*de Hambourg*).

BARENSPRUNG, qui, le premier, a fait servir les doctrines modernes de la physiologie du système nerveux à l'interprétation des maladies cutanées, a considéré certains nœvus comme résultant « d'une altération congénitale des ganglions spinaux (1). »

BARENSPRUNG a recueilli trois cas de nœvus, qu'il a rattachés aux points de départ suivants: le quatrième nerf cervical gauche (chez une femme), le troisième nerf cervical droit (chez un homme), le cinquième nerf dorsal

(1) Nœvus unius lateris in den Annalen des Charité. Krankenhauses, Bd. III, Heft 2 (Berlin 1863), p. 91, 93.

gauche (chez un homme); enfin il rappelle encore un cas de BLASIUS, communiqué par ARNDT (1), dans lequel un *nævus* fut trouvé, chez un homme, dans la cavité axillaire gauche (la description de ce cas est si succincte qu'on ne peut pas déterminer quel est le nerf qui était affecté). Ces quatre cas présentent les caractères généraux suivants, d'après BARENSPRUNG :

1° L'altération était toujours limitée à un côté du corps et n'allait jamais de l'autre côté de la ligne médiane;

2° Elle se présentait sous forme de lignes et de taches cutanées, qui offraient une disposition correspondante au mode de distribution périphérique d'un ou de plusieurs nerfs spinaux ;

3° L'altération de la peau dépendait essentiellement d'une hypertrophie des papilles cutanées. On trouvait en même temps une formation de pigment plus ou moins manifeste dans le réseau de Malpighi et un épaissement modéré de la couche épidermoïdale, sans hypertrophie des glandes cutanées, des follicules pileux ni des poils (2).

Le nom de *nævus unius lateris*, donné par BARENSPRUNG à cette forme de *nævus*, est évidemment très-mal choisi. De ce que, dans les cas observés jusqu'ici, ces sortes de *nævus* étaient semi-latéraux, on ne peut pas conclure que, dans d'autres cas, les ganglions spinaux des deux côtés ne puissent pas être en même temps affectés.

Ce qu'il y a d'essentiel est évidemment l'extension du mal suivant les régions nerveuses ; c'est pourquoi je propose provisoirement la dénomination de « *nævus nerveux*. » Nous allons voir d'abord qu'il faut distinguer un *nævus nerveux vaso-moteur* et un *nævus nerveux trophique* ; c'est ce que démontrent les cas suivants, dans lesquels les

(1) De *nævo materno*, diss. inaug. Halle 1839 (d'après BARENSPRUNG).

(2) L. c., p. 95.

noeux nerveux siègent dans le domaine de la première et de la deuxième branche du trijumeau.

Mais auparavant je veux rappeler en quelques mots, d'après la description donnée par M. BARENSPRUNG dans son travail sur le zona, la distribution de ces deux branches nerveuses dans la peau (1).

La première branche du trijumeau fournit par son rameau nasal à la muqueuse du nez de même qu'à la peau du lobe et des ailes du nez ; par son rameau lacrymal, à la peau et à la muqueuse de la paupière supérieure de même qu'à une petite partie de la région temporale, située dans le voisinage immédiat de l'œil ; par son rameau frontal, à la peau du front, de la racine du nez et des deux paupières. — La seconde branche du trijumeau fournit, par son rameau sous-cutané malaire, qui émerge au-dessous de l'angle externe de l'œil, des fibres de sensibilité à la peau de la joue, et, tandis que les petits rameaux nasaux, pharyngiens et palatins se distribuent à la muqueuse du nez, des cavités buccale et pharyngienne, la branche terminale plus volumineuse sort, sous le nom de nerf infra-orbitaire, par le trou infra-orbitaire, pour se répandre principalement dans la peau et la muqueuse des lèvres, particulièrement de la lèvre supérieure, et fournir aussi de petits rameaux à la peau du nez et de la paupière inférieure.

On voit donc que la peau du dos du nez peut être affectée aussi bien dans les altérations de la première que de la seconde branche du trijumeau, tandis que le lobe et les ailes du nez ne peuvent être atteints que quand l'affection a pour siège la première branche.

(1) *Annalen des Charité. Krankenhauses* IX. Band, 2 Heft (1861), p. 47.

I. — NŒVUS NERVEUX TROPHIQUE DANS LE DOMAINE DE LA
DEUXIÈME BRANCHE GAUCHE DU TRIJUMEAU.

Ida H., âgée de 48 ans, domestique, de Stettin, fut admise, le 28 juillet 1871, dans la station des varioleux, d'où elle sortit guérie le 22 août.

C'est une fille de taille moyenne, d'une constitution robuste, régulièrement menstruée.

Sur la moitié gauche du visage on remarque un large nœvus, qui occupe principalement la joue et la lèvre supérieure. La moitié gauche de la lèvre supérieure est entièrement envahie. L'affection offre une limite très-tranchée correspondante à la ligne médiane. De là elle s'étend sur la joue et se termine en dehors par une ligne sinueuse, légèrement convexe, qui, partant de l'angle gauche de la bouche, vient se terminer à un point situé à égale distance de l'angle externe de l'œil et du tragus. De ce point part une bande, longue de 6 centimètres et demi et large de 1 centimètre et demi, qui se dirige obliquement en dehors et en haut vers la limite des cheveux, où elle se termine au-dessus de l'oreille. Un peu en dedans et au-dessus de cette bande, il existe une tache de nœvus de la grandeur d'une pièce d'un franc et entièrement séparée du reste du nœvus.

Abstraction faite de la bande dont il vient d'être question, le nœvus est limité en haut par une ligne qui passe immédiatement au-dessous de la paupière inférieure et arrive jusqu'à la racine du nez, à la hauteur de l'angle interne de l'œil, sans atteindre la ligne médiane; de là elle se dirige directement en bas, en longeant la partie médiane du dos du nez et arrive enfin, après avoir décrit un arc concave, à la lèvre supérieure, au niveau de l'insertion de l'aile du nez. *Cette dernière de même que l'extrémité du nez sont entièrement intacts.*

Ce *nœvus* est rouge brun, il fait une saillie à la surface de la peau ; il a son siège, ainsi qu'on peut le constater en piquant la peau et en la détachant à l'aide d'une épingle, dans la couche superficielle du derme et dans l'épiderme ; il dépend évidemment d'une hypertrophie des papilles avec épaississement de l'épiderme et pigmentation exagérée du réseau de Malpighi.

La sensibilité est entièrement intacte dans toute l'étendue du *nœvus*. D'un autre côté il est à remarquer que la malade a les dents et les oreilles parfaitement normales et qu'on n'a jamais observé, dit-elle, dans sa famille ni *nœvus* ni affections nerveuses. Ces assertions ne doivent pourtant être admises qu'avec réserve, l'intelligence de la malade étant très-médiocre.

L'examen des cavités buccale et pharyngienne nous démontre que la moitié gauche de la voûte palatine, l'amygdale gauche et l'arc pharyngo et glosso-palatin du côté gauche étaient très-fortement injectés, tandis que le côté droit était pâle. L'hypérémie offrait une limite très-tranchée au niveau de la ligne médiane.

Cette altération de la muqueuse avait été cachée au début par l'angine varioleuse, que la malade présentait à son entrée ; elle ne fut remarquée qu'une semaine plus tard, après la disparition complète de l'angine ; depuis lors elle persista constamment et elle existait encore, parfaitement marquée, à la sortie de la malade.

L'éruption varioleuse était, en somme, très-légère ; il n'existait sur le *nœvus* que deux ou trois pustules, qui suivirent leur marche normale presque jusqu'à la guérison.

A cette époque, le soir du 10 août, se manifesta une fièvre violente (40°,8) ; le lendemain matin, apparut une rougeur scarlatineuse sombre, limitée à la joue droite et à l'oreille droite ; pendant toute la journée, la fièvre fut considérable (38°,4 — 40°,6) ; le jour suivant, la ma-

lade était rétablie ; elle put sortir le 22, entièrement guérie.

II. — NŒVUS VASO-MOTEUR DANS LE DOMAINE DE LA PREMIÈRE BRANCHE DU TRIJUMEAU.

Au mois de septembre, fut envoyée à l'hôpital une jeune fille atteinte d'un exanthème qui consistait en piqures de puces et en morsures de punaises ; on avait soupçonné une variole. Après qu'on eut constaté l'origine purement parasitaire de cet exanthème, la malade fut renvoyée peu de jours après.

Cette jeune fille, âgée de 17 ans, institutrice adjointe à Eppendorf (près Hambourg), était une personne très-petite, grasse, qui présentait une « tache de feu » au-dessus de l'œil droit et sur le côté droit du nez.

Cette tache était d'un rouge intense ; elle ne dépassait pas le niveau de la peau. Elle s'étendait sur le front, le sinciput, le nez (lobule et ailes), la paupière supérieure ; elle correspondait donc exactement à la sphère de la branche ophthalmique du trijumeau. Partout (sur le dos du nez, sur le front, le sinciput) la ligne médiane représente parfaitement la limite interne de la rougeur. La limite externe est formée, de bas en haut, par la ligne qui sépare l'aile du nez, puis le nez, de la joue, jusqu'à l'angle interne de l'œil. De là elle s'étend, après avoir circonscrit la paupière supérieure, à l'angle externe de l'œil, d'où elle s'élève presque perpendiculairement jusqu'à la limite des cheveux. Seulement, au milieu du front la ligne droite est interrompue par une petite bande dirigée obliquement en bas et en dehors, longue de 0^m,03 et large de 0^m,016.

Au-dessus du front, la limite ne peut être facilement déterminée à cause de l'épaisseur des cheveux, néanmoins on peut constater que la tache s'élève à peu près jusqu'à la hauteur du vertex.

La sensibilité est la même des deux côtés; des deux côtés également, l'épaisseur des cheveux n'offre pas de différence.

L'œil droit de la malade présente un léger strabisme divergent.

A l'examen des yeux, on constate que la *moitié supérieure de la conjonctive droite offre une coloration violette* manifestement due, comme la tache cutanée, à une fine injection vasculaire. La moitié inférieure de la conjonctive droite de même que la conjonctive gauche tout entière sont d'un blanc de neige.

La coloration violette fait tout le tour du cercle irien; l'iris lui-même n'offre aucune modification. Je n'ai malheureusement pas observé l'état de la muqueuse de la paupière supérieure.

Il me paraît important de constater si le fond de l'œil n'offrirait pas de différences dans l'injection vasculaire. Mon collègue, le docteur R. SCHELSKE, que j'avais prié d'examiner les yeux de cette malade, ne trouva pas d'autre anomalie qu'un strabisme divergent de l'œil droit et une hypermétropie très-prononcée des deux yeux. Le fond de l'œil et le pouvoir visuel étaient normaux des deux côtés.

La famille de la malade ne présentait rien de particulier au point de vue des affections nerveuses.

Les deux observations que je viens de rapporter présentent évidemment de grandes ressemblances dans leurs points essentiels: dans les deux cas la tache cutanée est congénitale, dans les deux cas elle correspond à la sphère de distribution d'une branche du trijumeau.

La différence la plus importante entre les deux cas consiste dans les altérations histologiques: tandis que dans l'observation II, nous trouvons une simple dilatation (peut-être aussi une néogénèse) des petits vaisseaux cu-

tanés, dans l'observation I, la structure même de la peau est altérée, le corps papillaire est hypertrophié, le réseau de Malpighi est le siège d'une forte pigmentation. Si nous nous rappelons la théorie de l'origine nerveuse de certains nævus, nous pourrions peut-être expliquer cette différence en supposant, pour le cas II, une affection intra-utérine des fibres nerveuses *vaso-motrices* du trijumeau, pour le cas I, une affection intra-utérine des fibres nerveuses *trophiques* de ce même nerf.

Quand on cherche dans la littérature des observations semblables de nævus, on trouve dans cette recherche des difficultés considérables, provenant de ce que l'intérêt chirurgical attaché à l'étude des nævus a été pendant longtemps si prédominant que la topographie exacte des taches congénitales en a beaucoup souffert; et pourtant la délimitation précise de ces taches est indispensable pour déterminer quel peut être le nerf affecté.

La doctrine de l'origine névropathologique de certains nævus, établie par BARENSPRUNG peu de temps avant sa mort tragique, a été le sujet de si peu de travaux ultérieurs, que VIRCHOW lui-même, dans son grand travail sur les tumeurs, ne parle des nævus qu'au point de vue de l'hérédité, et nullement à celui de leur genèse névropathique (1).

Et cependant tout nous montre que le nombre des nævus nerveux est loin d'être restreint. Ainsi, VIRCHOW fait ressortir cette particularité des nævus d'être très-fréquemment semi-latéraux: « Ces formes morbides, dit-il, occupent très-souvent tout un côté de la face et s'étendent du bord maxillaire jusqu'à la tempe, du nez jusqu'au-dessus de l'oreille (2). »

Il semble que cette affection, de même que le zona, ne

(1) Die Krankhaften Geschwülste. Bd. p. 60, n. f.

(2) Ibid. Bd. III. I. Hälfte, p. 409.

s'étende pas souvent sur une branche tout entière du trijumeau, mais se limite simplement à quelques rameaux de ce nerf. Ainsi, le cas suivant nous présente un *nœvus* nerveux trophique limité à la sphère du nerf sous-orbitaire :

A. Z..., petite fille d'un an, bien portante, a une téléangiectasie de la face ; cette néoplasie était élevée de deux à trois lignes au-dessus du niveau de la peau ; elle paraissait avoir une épaisseur de quelques lignes. La tumeur était limitée de la façon suivante : de l'angle interne de l'œil du côté droit elle s'étendait, en passant tout près du bord ciliaire de la paupière inférieure, en dehors, jusqu'au milieu de cette paupière, en bas, vers le milieu de la joue, pour revenir de là à l'angle de l'œil en longeant le côté droit du nez. Elle était très-vivement colorée. La partie externe du bord libre de la paupière, la conjonctive, etc., étaient à l'état normal (1).

Il serait d'une très-haute importance de s'assurer par l'observation si l'accroissement de ces tumeurs trouve une limite correspondante à la sphère de distribution des nerfs, si, par exemple, les tumeurs analogues à celle que je viens de décrire se maintiennent renfermées dans la sphère de la deuxième branche du trijumeau, en d'autres termes, si, dans la marche ultérieure des *nœvus*, nous pouvons reconnaître pendant la vie extra-utérine le progrès de l'altération nerveuse qui a commencé pendant la vie intra-utérine. Les *nœvus*, assez fréquents, qui sont exactement limités à une paupière, doivent peut-être aussi être rapportés au rameau palpébral de la branche ophthalmique, et à ce sujet nous devons faire remarquer que la muqueuse de la paupière affectée peut également être envahie (2).

(1) HERMANN : Beitrag zur Behandlung der Neubildungen. Prager Vierteljahrschrift für praktische Heilkunde, 81. Band (1864, Bd. I), p. 117.

(2) Tel est un cas de WORDSWORTH (London), case of *nœvus* of the

Dans un cas de THOMSON le nerf mentonnier du côté droit était peut-être affecté : *nævus papillaire* droit de la lèvre (inférieure ?) et du menton chez un enfant de 10 ans.

Un autre cas rapporté par THOMSON offre aussi plusieurs points de ressemblance avec le zona :

Nævus verruqueux chez un homme de 25 ans. Sur la peau de la partie droite de la poitrine, au niveau du mamelon jusqu'à la clavicule, dans la région axillaire, sur la face interne du bras et de l'avant-bras du côté droit, et, de là, sur la face palmaire de la main et la partie interne du petit doigt et du doigt annulaire, on remarque une saillie du corps papillaire large environ de deux pouces, au niveau des doigts un simple épaissement de l'épiderme (1).

AYER rapporte un cas beaucoup plus remarquable que ceux dont il vient d'être question et dont l'origine névropathique pourrait d'ailleurs toujours être mise en doute.

Un homme de 24 ans avait des « *nævus vasculaires* » exclusivement sur la moitié droite du corps. Toute cette moitié était parsemée de taches nombreuses, d'une couleur lie de vin, confluentes en plusieurs endroits. La coloration rouge ne disparaissait pas par la pression. Les veines sous-cutanées de la moitié droite du corps étaient très-développées; sur le côté droit de la muqueuse buccale on observait aussi des taches d'un rouge vineux. Les gencives tuméfiées paraissaient plus vasculaires que d'habitude.

Nous trouvons donc ici une altération semi-latérale de la cavité buccale, analogue à celle de notre observation II.

eyelid, in the *Lancet*, 1863, Vol. I. Nr. 11 (14 mars). Dans le rapport du *Centralblatt* (1863, p. 313) il est dit « que le *nævus* s'étendait jusqu'à la conjonctive. » Cfr. VIRCHOW : *Geschwülste*. Bd. III, p. 350 « palpébrale », p. 349 « nasofrontale » Angiome.

(1) Deux cas communiqués par RAYER : maladies de la peau, article *nævus verruqueux*.

On sait depuis longtemps que sur les muqueuses il se développe des *nævus* qui ressemblent entièrement à ceux de la peau. Mais on n'a pas encore fait ressortir, dans ce cas, toute l'importance de cette affection au point de vue de la semi-latéralité ; c'est pourquoi j'appellerai encore l'attention sur un autre cas de RAYER, qui ressemble manifestement, au point de vue de l'extension, à celui de notre observation I.

Chez un enfant on observait des *nævus* sur la *moitié gauche de la lèvre supérieure*, sur la joue gauche, la région temporale et les paupières du côté gauche. Ces *nævus* avaient une couleur lie de vin et ne faisaient pas saillie au-dessus du niveau de la peau. *Des taches semblables se concentraient sur la moitié gauche* de la muqueuse buccale.

Il paraît que cette même particularité existait chez un *nævus* que MARJOLIN guérit par la vaccination et que Virchow mentionne brièvement (1) : chez un enfant, âgé de trois semaines, on voyait un *nævus* « qui occupait la *moitié* de la tête et de la face, et qui avait aussi envahi la conjonctive, la muqueuse des joues et même le palais. »

Je ne crois pas aller trop loin en admettant, pour certains cas, tels que celui de mon observation I et ceux que je viens de mentionner, une altération concomitante des rameaux pharyngiens et palatins de la deuxième branche du trijumeau.

Enfin, encore une remarque sur l'interprétation que je donne ici de l'origine de certains *nævus*. Je suis loin de rapporter à tous les cas ce qui me paraît évident seulement pour quelques-uns. Ce que Virchow dit de l'origine « fissurale » des *nævus* téléangiectasiques, de la réunion de ces *nævus* en groupes correspondants aux fentes branchiales du fœtus (2), mérite certainement, dans un grand

(1) Geschwülste, Bd. III, p. 421.

(2) Ibid., p. 345.

nombre de cas, la plus entière approbation. Je désire seulement qu'on se rappelle davantage, en présence des taches vasculaires, l'influence puissante des nerfs sur la nutrition et la vascularisation de la peau, et qu'on examine attentivement les nævus à ce point de vue. La classe des nævus nerveux pourra ainsi, j'en suis convaincu, s'enrichir très-rapidement.

SUPPLÉMENT.

L'article ci-dessus était sous presse, lorsque j'ai reçu un travail du professeur GERHARDT, inséré dans le troisième cahier du *Jahrbuch für Kindkrankheiten* de cette année (1) et contenant, sous le titre de « papillome cutané névropathique (2), » deux observations du genre de celles dont il vient d'être question.

Dans un des cas, il s'agit d'un enfant de 6 ans, qui portait sur la moitié de la poitrine jusqu'à l'ombilie, entre les apophyses épineuses d'un côté, la partie médiane du sternum et la ligne blanche, de l'autre, un amas de papillomes ronds et ovales, de la grandeur d'une lentille à celle d'une pièce de cinq francs et au delà, présentant une certaine disposition linéaire le long des espaces intercostaux. Ce sont des tumeurs cutanées aplaties, saillantes, dures au toucher, multicuspidées, dans certains points, plus rouges que la peau, dans d'autres, par exemple dans la région ombilicale, colorées par un pigment légèrement noir. Ces papillomes existent également en amas serrés le long du bras droit tout entier et du bord radial de l'avant-bras jusqu'au poignet; à la face, la moitié gauche du nez présente, exactement limitée à la ligne médiane, une bande longitu-

(1) IV. Jahrgang, 3 Heft. Leipzig, 1871.

(2) Pag. 270-274.

dinale de tumeurs cutanées, ayant une forme papillomateuse très-accentuée ; il en est de même sur la moitié gauche de la lèvre supérieure et sur une partie de la joue gauche ; enfin, on trouve une tache papillomateuse, de la grandeur d'une pièce de cinq francs, derrière l'oreille gauche. » A ce niveau les cheveux sont noirs, tandis que sur le reste de la tête ils sont châains.

Cet enfant est manifestement idiot ; il sait à peine parler. Depuis plusieurs années il est sujet à des attaques d'épilepsie.

Il est d'un intérêt particulier de bien remarquer quels sont, dans ce cas, les endroits affectés : le côté *droit* du tronc, le bras *droit* et le côté *gauche* de la face. *En même temps, on remarque que, dans la moitié gauche de la bouche, plusieurs dents de la mâchoire supérieure et de la mâchoire inférieure sont irrégulièrement disposées et plus petites que les dents correspondantes du côté droit.*

En même temps qu'on observe dans le trijumeau gauche principalement une altération trophique, on trouve aussi une altération vaso-motrice dans le domaine du trijumeau *droit*. « La moitié droite du visage de cet enfant offre une coloration rouge très-accentuée, un pointillé rouge disposé linéairement et résultant d'une dilatation vasculaire. » *Cette moitié du visage est plus chaude au toucher que la moitié gauche.* Au début de chaque accès d'épilepsie, cette moitié droite devient pâle.

La deuxième observation de M. GERHARDT a pour sujet un homme âgé qui, depuis sa naissance, porte sur la moitié droite du tronc, sur le bras et la cuisse du même côté, une affection cutanée consistant en taches aplaties ou saillantes, suivant les endroits, dont la grandeur varie de celle d'une pièce d'un franc à celle d'un écu de cinq francs, et la couleur du brun clair au noir sombre. L'examen microscopique, fait par le professeur W. MÜLLER, a fait

constater une hypertrophie des papilles et une pigmentation anormale des couches cellulaires les plus inférieures du réseau de Malpighi. Profondément, entre les papilles, les cellules épithéliales étaient groupées en amas globuleux formés de couches concentriques, de sorte qu'on y voyait des granulations de 0,4 — 2 mm., entièrement semblables aux accumulations épithéliales des épithéliomes à cellules pavimenteuses.

De ces deux cas, le premier est particulièrement remarquable : il montre d'une manière manifeste, chez le même individu, cette différence entre les altérations nerveuses vaso-motrices et trophiques, que j'ai signalée sur deux individus différents dans mes observations I et II. J'ai encore vu, le mois dernier, un malade qui portait un *nævus* nerveux vasculaire à peu près circonscrit comme celui du malade de mon observation I.

C'était un homme vigoureux, âgé de 30 ans, qui était entré, pour une variole très-légère, à l'hôpital général (section des varioloux).

Il porte depuis sa plus tendre enfance, sur la moitié gauche du visage, un *nævus* (dilatation vasculaire) qui occupe la joue à partir du rebord orbitaire inférieur, s'étend sur la moitié latérale correspondante du nez jusqu'à la ligne médiane, et embrasse encore toute la moitié gauche de la lèvre supérieure, exactement jusqu'à la ligne médiane.

Sur la muqueuse de la bouche et du pharynx, on ne trouve rien de particulier au point de vue de l'injection vasculaire. L'éruption varioleuse était tellement clairsemée qu'on ne rencontrait pas de pustules sur toute l'étendue des deux joues et de la lèvre supérieure.

Évidemment il n'y avait, dans ce cas, que quelques rameaux de la deuxième branche du trijumeau qui fussent intéressés ; c'étaient particulièrement le rameau sous-orbi-

taire, le rameau sous-cutané malaire et les rameaux nasaux.

Je dois encore faire mention d'un fait relatif aux nævus nerveux.

J'ai déjà exprimé plus haut cette présomption, que les processus, qui affectent les nerfs vasculaires pendant la vie fœtale, et se manifestent sous forme de nævus nerveux dans la sphère de distribution des nerfs correspondants, peuvent peut-être s'étendre encore ultérieurement après la naissance, en d'autres termes, que l'extension des nævus nerveux est réglée par la distribution des nerfs.

C'est ce que va démontrer l'observation suivante :

Au mois de décembre dernier, a été reçue à l'hôpital une femme de 31 ans. Elle présente, sur la moitié droite du front, une tache vasculaire rosée, qui occupe la paupière supérieure et la moitié droite du front entre la ligne médiane de la limite des cheveux et une ligne qui, partant de l'angle externe de l'œil, s'élèverait perpendiculairement en haut.

Il existe encore un autre nævus beaucoup plus petit que le précédent, dont il est parfaitement distinct, qui commence immédiatement au-dessous de l'angle interne de l'œil et de la partie la plus interne de la paupière inférieure, et qui s'étend sur les parties voisines, à la racine du nez et à l'extrémité supérieure du sillon naso-labial.

Les conjonctives sont semblables des deux côtés ; on n'y observe pas cette différence qui a été signalée dans notre observation II.

Le plus grand de ces nævus correspond à la zone de peau innervée par le rameau frontal, sans doute aussi par le rameau lacrymal de la première branche du trijumeau.

Le plus petit peut être rattaché avec beaucoup de vraisemblance à une affection de la sphère cutanée du rameau infra-trochléaire (nasociliaire de la première branche).

Ce second nævus n'a pris naissance que depuis 12 ans, ainsi que l'assure positivement la malade, d'ailleurs très-intelligente.

J'ajouterai pour être complet, que des six enfants qu'a cette femme, aucun n'est atteint de nævus.

Je termine cette esquisse avec l'espoir que d'autres reverront l'étude des nævus au point de vue que je viens d'indiquer ; je suis persuadé que la classe des nævus nerveux pourra ainsi acquérir un accroissement considérable.

(*Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1872, n° 1.)

J. ALQUIER.

SUR L'ÉRYTHÈME MULTIFORME D'HEBRA, PAR LE D^r EDWARD
LIPP, DE GRAZ.

L'auteur se propose de donner une courte relation de ses observations sur une maladie de la peau dont le professeur Hebra a parfaitement étudié les causes et les formes. Il a pu observer 49 cas, deux chez l'homme et dix-sept chez la femme.

L'éruption d'érythème est précédée de prodromes quelquefois très-accentués : malaise fébrile, frissons, céphalalgie, douleurs dans les lombes, lassitude, insomnie, etc. Ces symptômes précèdent l'éruption de un à quatre jours. Sur un malade l'éruption n'apparut que le neuvième jour des prodromes. L'érythème « multiforme, » ainsi que son nom l'indique, se présente sous des formes et des aspects bien différents. Outre les *papules* et les *tubercules*, on rencontre souvent des *plaques* rondes qui, après peu de temps, quelquefois quelques heures, disparaissent ou bien, comme les papules et les tubercules, tendent à s'accroître vers la circonférence. Ces plaques présentent des teintes variées et peuvent aussi former l'érythème *annulaire* et l'érythème

gyratum. Dans deux cas, le Docteur Lipp a vu quelques plaques semi-lunaires ou en forme d'S, longues de 2 à 4 lignes et larges de 1 1/2 ligne, d'une durée très-éphémère. Dans un cas, de très-petites taches de la grosseur d'un point étaient disposées circulairement. Dans un autre cas, un cercle de la largeur d'une noix était formé par de très-petites papules. Ces cercles durent seulement un ou deux jours. Dans deux cas, l'auteur a rencontré des vésicules; elles étaient isolées ou groupées autour de tubercules. Dans un cas d'érythème avec production de vésicules il trouva aussi des pustules. Il a observé aussi chez un homme de trente-sept ans, très-affaibli par cette maladie, un érythème exsudatif. Les tubercules et l'érythème marginatum n'étaient pas d'ordinaire bien développés. Mais dans les deux formes on trouvait de petites ulcérations. Les ulcérations présentaient différentes formes, elles étaient rondes, oblongues, linéaires ou sinuenses. Les premières se rencontraient surtout dans les parties centrales des tubercules; les dernières presque exclusivement sur les larges plaques d'érythème. La membrane muqueuse de la cavité buccale de la langue était recouverte çà et là d'érosions grisâtres ou jaunâtres. Il y avait de la rougeur des conjonctives oculaire et palpébrale, du voile du palais. On pouvait exclure toute idée de syphilis. Le traitement était dès lors réduit au nettoyage de la bouche avec de l'eau froide et à l'application de compresses froides sur les parties ulcérées. Après trois semaines de traitement le malade était guéri. A la place des ulcérations, on trouvait alors de petites cicatrices.

L'éruption d'érythème persiste quelquefois assez longtemps. Dans deux cas, l'éruption, quoique se produisant par intervalles, durait de huit à onze semaines. Dans un troisième cas, elle dura huit mois avec des intervalles de quelques semaines. Aucune région du corps n'est exempte de cette affection. Le cuir chevelu, le dos de la main, la plante des

pieds ne font pas exception à cette règle. Dans un cas, les faces dorsales des mains étaient presque entièrement recouvertes d'érythème, qui existait simultanément à la face antérieure et postérieure des doigts, et plus tard l'éruption apparut aussi sur le bord interne des pieds. — Aucune autre région du corps ne présentait d'éruption. Dans les régions du cuir chevelu, palmaire et plantaire, apparaissaient surtout des *papules* de la dimension d'une lentille; dans les régions dorsales de la main, antérieure et postérieure des doigts, interne des pieds, on voyait principalement des *plaques* de la dimension d'un pois ou d'une fève. Elles se changeaient rapidement en *érythème gyratum*.

Les *membranes muqueuses* semblaient être aussi le siège du processus érythémateux. Dans deux cas il y avait rougeur de la muqueuse oculaire. Dans un cas il y avait une *plaque rouge* parfaitement limitée. Dans deux autres cas les amygdales, les piliers du voile du palais, offraient de la rougeur.

Les *symptômes fébriles* font rarement défaut dans l'érythème, et, si l'affection est très-intense, ils durent une ou deux semaines, et même dix-huit jours sans interruption. Après avoir cessé, ils peuvent reparaitre si l'éruption récidive. La température peut s'élever jusqu'à 39°, 8 centigrades. La température devient plus élevée et se maintient plus élevée si une maladie intercurrente survient. Dans un cas, une endocardite (avec gonflement de la rate) et une légère pleurésie d'un côté furent observées. L'endocardite avait été précédée de manifestations rhumatismales.

Des *symptômes de rhumatisme* accompagnèrent l'érythème dans neuf cas : c'étaient des douleurs dans la tête et les membres, douleurs spontanées ou provoquées par les mouvements ou la pression; des douleurs dans les genoux, la hanche, les articulations tibio-tarsienne, scapulo-humérale, sterno-claviculaire, du tarse, du carpe. On a pu très-

rarement constater d'une façon évidente le *gonflement des articulations*. Il y avait des points osseux douloureux : les condyles du fémur, de l'humérus, les malléoles, le sternum.

L'âge des malades se répartit ainsi dans les dix-neuf observations :

3 femmes de 15 à 19 ans.	4 femmes de 35 à 39 ans.
3 » » 20 à 24 »	1 » » 40 à 44 »
2 » » 25 à 29 »	1 homme de 35 à 39 »
2 » » 30 à 34 »	1 » » 40 à 44 »

Sur un relevé de 17 cas, l'époque d'apparition se répartit ainsi : janvier, 3 cas; juin, août et novembre, 2 cas; les autres mois un cas.

M. Lipp termine en constatant que « l'érythème exsudatif multiforme » a été, dans un petit nombre de cas, précédé de la syphilis. Les cas compliqués de syphilis récente étaient les plus graves. Le diagnostic différentiel entre les manifestations syphilitiques et celles de l'érythème, existant simultanément, ne présentait aucune difficulté. Enfin les phénomènes généraux ci-dessus mentionnés existaient dans l'érythème compliqué de syphilis. (*Archiv für Dermatologie und Syphilis.*)

COURTAUX, D. M. P.

Fig. 1.

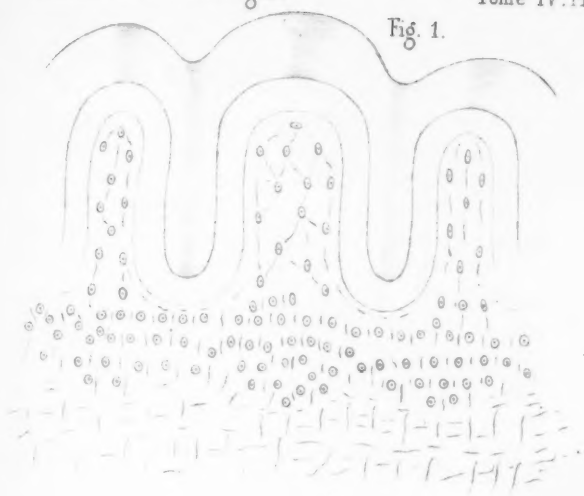
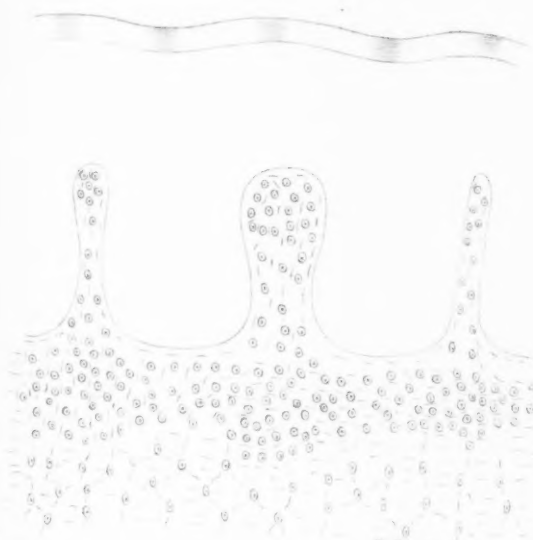


Fig. 2.



Charpy del.



Imp. Becquet, Paris.

Publié par G. Masson à Paris.

24

ANNALES
DE
DERMATOLOGIE
ET DE
SYPHILIGRAPHIE

I

ÉTUDE SUR LES VÉGÉTATIONS

(PRODUITS ÉPIGÉNIQUES DES MUQUEUSES), par le Docteur
Aimé MARTIN.

Définition. — **Synonymie.** — **Historique.** — **Étiologie.** — **Anatomie pathologique.** — **Symptomatologie.** — **Diagnostic.** — **Pronostic.** — **Traitement.** — **Végétations chez les femmes enceintes.**

Définition. — Les végétations sont des excroissances de formes variables qui surgissent accidentellement sur les muqueuses.

On peut en rencontrer sur tous les points du système muqueux ; mais les organes génitaux, dans les deux sexes, paraissent être surtout prédisposés à ces accidents.

Synonymie. — Le mot *végétation*, qui ne s'appliquait jusqu'alors qu'à une variété, a été employé pour la première fois par Desruelles (1), en 1836, pour désigner, d'une

(1) Desruelles. *Traité pratique des maladies vénériennes* ; Paris, 1836, p. 601.

manière générale, les excroissances de diverses formes que les auteurs anciens avaient nommé *verruca*, *carnositates*, *condylomata*, *thymi*, *formicæ*, *cristæ*, *mora*, *fici*, *mariscæ*, *fungi*, *myrmecia*, *clavi*, *sycoses*, *acrochordones*, *fraga*, *carcinomata*, *phyma*, *eminentiæ*, *excrecentiæ*, et les auteurs modernes verrues, poireaux, fics, marisques, mûres, choux-fleurs, crêtes de coq, fils, framboises, fraises, excroissances, carnosités, groseilles, champignons, mal de Saint-Fiacre, thymus. Quant aux condylomes, ils constituent une affection spéciale qui, ainsi que nous le démontrerons, n'a aucun rapport avec les accidents désignés sous le nom général de végétations.

Historique. — On trouve la description des végétations dans les plus anciens auteurs de la Grèce et de Rome.

Nous lisons dans la section XVIII du livre VI, du *Traité de médecine* de Celse (1), les lignes suivantes qui s'appliquent évidemment à l'accident qui nous occupe :

« Il se forme aussi quelquefois à la couronne du gland de ces tubercules que les Grecs appellent *phyma* ; il faut les brûler avec les caustiques ou le fer, et répandre dessus, lorsque les escharres sont tombées, de l'écaille de cuivre en poudre, pour les empêcher de revenir. Ces accidents n'ont rien de la nature du chancre, qui peut survenir aux ulcères de toutes les parties du corps, mais principalement à ceux de la verge. »

Aétius (2) les décrit d'une manière plus nette encore dans le paragraphe suivant : « *Thymi nomen a corymborum montanæ herbæ similitudine transumptum est. Qui enim in corpore thymi enascuntur, turgidæ quædam excrecentiæ sunt, asperæ, subrubræ, oblongæ, præter naturam auctæ, in excisione longuæ, plus emittentes sanguinis quam*

(1) Celse. *Traité de la médecine* en huit livres, trad. de Fouquier et Ratier; Paris, 1824, p. 375.

(2) Aétius, lib. XIV, 4, p. 8, t. III.

magnitudini suæ requiratur. Frequens est hic morbus circa sedem, pudenda et femora, invadit tamen quandoque et faciem. » Aëtius observa des végétations chez sa propre femme; il la guérit, dit-il, en lui faisant pendant trois jours des fumigations avec l'*origanum*.

Paul d'Egine (1) conseille de lier les excroissances malignes; Oribase (2) préconise le fer rouge comme un moyen plus radical pour détruire ces accidents qu'Hippocrate (3) et Galien (4) connaissaient déjà. On trouve encore dans les poètes satiriques latins de nombreuses allusions aux végétations. Citons parmi les passages les plus caractéristiques ces vers de Juvénal (5) :

. Sed podice levi
Cœduntur tumidæ, medico ridente, mariscæ.

Puis ceux de Martial (6) :

Ficosa est uxor, ficosus et ipse maritus;
Filia ficosa est, et gener atque nepos.

D'après Rosenbaum (7), on trouve, dans les anciens grammairiens, les vers suivants qui donnent l'explication du mot *ficus* dans le sens où l'emploie Martial.

Hæc ficus, fici vel ficus, fructus et arbor,
Hic ficus, fici, malus est in podice morbus.

Les auteurs de l'antiquité n'avaient jamais considéré les excroissances comme des symptômes d'une maladie générale; ils les regardaient comme des accidents locaux contre

(1) Paul d'Egine, lib. IV, c. 13; lib. VI, c. 87.

(2) Oribase. Collec., lib. XLV, c. 11; c. 14.

(3) Hippocrate, *De ulcer.*, vol. III, p. 319.

(4) Galien, *De fin. med.*, c. XIX.

(5) Juvénal, lib. II, sat. 12.

(6) Martial, lib. VII, épigr. LXXI.

(7) Rosenbaum, *Histoire de la syph. dans l'antiquité*, trad. par Joseph Santlus; Bruxelles, 1847, p. 100.

lesquels devait être dirigé un traitement local ; mais après la première apparition de la syphilis au siège de Naples, en 1494, les médecins contemporains, vivement frappés par la gravité de la maladie nouvelle qu'ils observaient et qui bouleversait toutes les idées admises, ne tinrent plus aucun compte de l'expérience des anciens. Ils crurent voir l'influence de la vérole dans toutes les lésions qui affectent les organes génitaux.

En 1518, Pierre Maynard (1) écrivait : « Conformément à l'expérience, le principal signe du mal français consiste en pustules... Le plus souvent ces pustules s'ulcèrent. Je dis le plus souvent, parce que j'ai vu des malades en qui elles s'étaient durcies comme des verrues, des clous et des poireaux. »

A la même époque, Musitanus (2) donnait une excellente description des végétations dont l'origine syphilitique n'était pas mise en doute par lui. « Nullus ager, disait-il, tam ferax reperitur quam Gallicus ; in ipso enim semel tectum seminium venerum suo fermento vegetat, germinat, crescit, florescit, fructificat, suisque successivis generationum periodis uberem fert messem : verum hi fructus sunt corruptæ genitricis soboles, non secus ac a turdi conspurcatione viscum frutex in arboribus innasci dicitur ; hujus modi sunt quædam carneæ excrescentiæ dictæ, *mora*, *cristæ*, *verruçæ*, *ficus*, *condylomata*, *thymi*, etc... quæ in pene, mulieris sinu, et podice ex lue venereâ innascuntur. »

Bernardus Tomitanus (3) achevait la description en ces termes : « Et Gallicæ verruçæ fiunt. Has Græce *δειρας* vocant : et per quandam similitudinem a loco eminentiori et educto acceptam, eas carnis accretiones significant, quæ, præter

(1) Pierre Maynard, *In Aphrodisiaco d'Aloysius Luisinus*; Venise, 1566-67.

(2) Musitanus, *In aphrod.*, lib. III, cap. XVIII.

(3) B. Tomitanus, *De morbo gallico libri duo*, in *Aphrodisiaco*.

naturam in corporibus accidunt: quæque alio nomine tubercula vocitantur... Ex his majores aliæ, aliæ minores apparent. Quædam etiam magis aliis, quædam minus dolent. Rursus sciores aliæ, aliæ sunt humidiores. Græci vero et Galenus in duo genera dividunt: hoc est in habentes latiore basim, aut tenue appendiculum, quibus adherent cuti. »

Cette division des végétations en pédiculées et sessiles, division très-rationnelle, du reste, a subsisté jusqu'à nos jours.

Depuis 1494 jusqu'à la fin du xvii^e siècle, la nature syphilitique de ces accidents ne fut niée par personne. C'est dans le livre très-intéressant, publié en 1698 par Nicolas de Blegny (1), que nous avons trouvé la première dissonance dans ce concert unanime. « Comme on sait par expérience qu'on peut voir dans ceux qui ne sont pas vérollez, des douleurs, des dartres, des verrues, des poireaux, des ulcères et des chancres, on sçait aussi qu'en voyant arriver ces maux dans le troisième degré de la vérolle, on pourrait encore douter de son essence... » Et plus loin: « On comprend aisément si elles (les excroissances) sont vénériennes par les attouchements qui les ont précédées et par les maladies dont elles ont été les suites. »

On comprend aisément était un peu bien optimiste, on l'avouera; mais, qu'il fût aisé ou non de les distinguer, il est certain que pour l'auteur il y avait deux sortes d'excroissances, que les unes étaient vénériennes et que les autres ne l'étaient pas. En admettant même qu'il n'y eût qu'un doute, ce doute était nettement formulé. Le point d'interrogation posé par Nicolas de Blegny était accentué

(1) Nicolas de Blegny, *l'Art de guérir les maladies vénériennes*, expliqué par les principes de la nature et des mécaniques; Paris, 1698, t. 1^{er}, p. 148.

encore, quelques années plus tard, par Cockburn (1), qui écrivait : « *Experientia* (inquit *Blenius*) nos admonuit homines permultos doloribus, impetiginibus, verrucis, carcinomatibusque vexatos fuisse, qui lueim tamen veneream nullam habuerunt. » Et encore : « *Quomodo inter carcinomata discernere et quænam ad morbum gallicum; quænam vero non pertinent, judicare possumus?* »

On constatait dans la pratique, dès cette époque, que le traitement local était, en somme, le seul souverain contre les excroissances. Le Bègue de Presle (2) cite une observation de Russel qui ne laisse aucun doute à cet égard. « M..., âgé de 22 ans*, avait des chancres et des poireaux vénériens sur le gland et le prépuce depuis huit mois; il prit une cuillerée de la solution de sublimé soir et matin, en trois semaines les chancres furent guéris; il a encore continué le remède huit jours de plus. On a fait détruire les poireaux par un caustique. » Russel avouait que le traitement général avait été impuissant contre les poireaux, et qu'il avait dû recourir au caustique pour en venir à bout; il avouait, par cela même, que les poireaux n'étaient pas, à son avis, de la même nature que les chancres, qui n'avaient pas résisté au traitement par le sublimé.

En 1775, Pressavin (3), et, à peu près vers le même temps, Gardane (4) et Astruc (5) reviennent à l'idée des auteurs de l'*Aphrodisiacus*. « On ne doit employer contre les excroissances le caustique, dit Pressavin, que lorsqu'on a détruit le virus dont le sang était imprégné par un des trai-

(1) G. Cockburn, *Virulentæ gonorrhæe symptomata, natura, causa et curationes*; Lugd. Batav., 1716, p. 65.

(2) Le Bègue de Presle, *Mém. pour servir à l'hist. de l'usage int. du mercure sublimé corrosif*; La Haye, 1763, p. 175.

(3) Pressavin, *Traité des mal. vén.*; Genève, 1775, p. 308.

(4) Gardane, *Rech. prat. sur les mal. vén.*; Paris, 1774, p. 197.

(5) Astruc, *Traité des mal. vén.*, trad. de Louis (4^e édition); Paris, 1777, t. III, p. 448.

tements que j'ai indiqués ; sans cela on s'expose à répercuter entièrement le virus. »

« Outre les maladies précédentes, écrit Astruc, il arrive encore dans les parties génitales certaines excroissances ou verrues qui viennent quelquefois d'un commerce impur ; mais qui sont le plus souvent des suites d'autres affections vénériennes mal guéries, et qu'on peut regarder comme une quatrième espèce de maladie vénérienne. »

En 1782, nous retrouvons dans le traité si longtemps classique de Fabre (1) la trace de l'idée émise par N. de Blegny : « Quelquefois les poireaux vénériens, les crêtes, les condylomes et les autres excroissances qui surviennent aux parties de la génération et aux environs de l'anüs, se flétrissent et tombent d'elles-mêmes pendant l'administration du mercure ; mais très-souvent ces excroissances, surtout lorsqu'elles succèdent à une gonorrhée, subsistent après le traitement dans le même état qu'elles étaient auparavant. Cependant il faut observer que, malgré cette circonstance, le malade est parfaitement guéri de la vérole si le traitement a d'ailleurs été exécuté suivant les règles de l'art. » Si les végétations persistent et si, malgré cela, le malade est parfaitement guéri de la vérole ; c'est que les végétations ne sont pas un symptôme de cette maladie générale ; cela ressort clairement du texte de Fabre, qui n'a pas osé donner de conclusion à ses prémisses.

Nisbet(2), en 1788, constate, comme Fabre, l'impuissance du traitement général contre ces accidents. « Si l'on considère, dit-il, le peu d'efficacité du mercure même dans le cas de gonorrhée, on ne sera pas surpris de son manque de succès ici (dans le cas d'excroissances), et en même temps on sera convaincu de l'inconséquence qu'il y a à recourir à

(1) Fabre, *Traité des mal. vén.* (1^e édition) ; Paris, 1782, p. 518.

(2) Nisbet, *Essai sur la théorie et la pratique des mal. vén.*, trad. de Petit-Radet ; Paris, 1788, p. 469.

lui, quand on n'a pas d'autres signes indicatifs. » Nisbet termine son chapitre en gourmandant les praticiens qui persistent dans leur routine : « C'est très-souvent le malheur de l'humanité que les premières impressions jettent avec le temps de si profondes racines qu'on ne peut plus ensuite les arracher. »

Nous arrivons enfin à Benjamin Bell⁽¹⁾ ; cet illustre chirurgien voit le premier la vérité, ainsi que le prouvent les lignes suivantes : « Ces excroissances succèdent à différents genres d'irritation... Je les ai plusieurs fois vues engendrées par de simples excoriations chez des malades qui n'avaient jamais eu ni gonorrhée ni vérole. Toute cause capable d'irriter le prépuce et le gland semble exciter dans les petits vaisseaux sanguins de ces parties une disposition à bourgeonner, d'où paraissent résulter les poireaux. Les poireaux étant une suite fréquente de chancres, on les a toujours regardés comme des symptômes vénériens ; cette opinion est absolument dénuée de fondement... Il est certain que l'on peut déraciner le virus syphilitique complètement de l'habitude du corps sans produire aucun effet sur ces excroissances. J'ai vu plusieurs personnes dont on a presque entièrement épuisé le tempérament, pour leur avoir fait passer à différentes reprises les grands remèdes dans des cas semblables, sans produire aucun effet sur les poireaux ; mais ces-mêmes poireaux ont disparu ensuite facilement, et en peu de temps, en appliquant les remèdes convenables immédiatement sur les parties affectées. » Il est difficile d'être plus précis ; on s'explique mal qu'après cette doctrine si catégoriquement formulée et que l'expérience pratique confirme chaque jour, les syphiliographes n'aient pas immédiatement adopté l'opinion de Bell, et qu'il

(1) Benjamin Bell, *Traité de la gonorrhée virulente et de la mal. vén.*, trad. par Bosquillon ; Paris, 1802, t. 1^{er}, p. 476.

ait fallu plus de cinquante années pour qu'elle puisse acquérir définitivement droit de cité dans la science.

En 1807, Capuron (1), dans un traité dont le titre bizarre a peut-être empêché le succès, reconnaît que, « en dehors des excroissances vénériennes, il en est d'autres absolument étrangères à cette cause. » C'était, à peu de chose près, l'avis que Hunter (2) émettait vingt années auparavant, mais c'était loin de la dichotomie si formelle de Benjamin Bell.

En 1809, Swédiaur (3), excellent observateur, avoue que les raisons qui semblent avoir déterminé les praticiens à prononcer que toutes les excroissances sont syphilitiques, ne lui paraissent fondées que sur le même principe général qui leur a fait regarder comme syphilitiques toutes ou presque toutes les maladies des parties génitales; mais il ne sépare pas absolument ces accidents de la diathèse syphilitique qui, selon lui, peut quelquefois les produire. C'est à peu près l'opinion de Petit-Radel (4) et de Lagneau (5) : ce dernier, tout en croyant à la nature syphilitique des végétations dans la plupart des cas, admet cependant que, dans certains cas, chez les femmes enceintes notamment, elles ont une origine non vénérienne; néanmoins il recommande toujours le traitement spécifique.

Desruelles (6) et Cullerier (7) adoptent la même manière de voir que les précédents; quant à Baumès (8), il nous

(1) Capuron, *Aphrodisiographie*; Paris, 1807, p. 137.

(2) Hunter, *Traité des mal. vén.*, trad. par Audiberti; Paris, 1787, p. 262.

(3) Swédiaur, *Traité complet des mal. vén.*; Paris, 1809, t. I, p. 322.

(4) Petit-Radel, *Cours des mal. syph.*; Paris, t. II, p. 22.

(5) Lagneau, *Traité prat. des mal. syph.* Paris, 1828, t. I, p. 374.

(6) Desruelles, *Loc. cit.* Paris, 1836, p. 601.

(7) Cullerier, *Obs. rec.* par L. Championnière; Paris, 1836, p. 397.

(8) Baumès, *Précis hist. et prat. sur les mal. vén.*; Lyon, 1840, t. II, p. 306.

apporte une théorie nouvelle ; il admet que les végétations peuvent être des accidents primitifs ou consécutifs, et il ajoute qu'il n'a jamais vu des végétations primitives être suivies de symptômes constitutionnels et qu'un traitement mercuriel général ne lui paraît nécessaire dans aucun cas. Quel était donc pour Baumès le *criterium* de la nature syphilitique des végétations, puisqu'elles guérissent sans traitement spécifique ? Il nous semble avoir bien oublié le vieil axiome médical : *Naturam morborum curationes ostendunt.*

Nous aurons encore à citer, parmi les partisans de cette opinion mixte qui admet des végétations syphilitiques et des végétations non syphilitiques, Gibert (1), Reynaud (2), Bertherand (3), Cazenave (4) et enfin M. Ricord (5), qui, dans son premier livre sur les maladies vénériennes, publié en 1838, n'ose pas encore affirmer que les végétations sont des accidents absolument étrangers à la syphilis. A cette époque, il ne dépassait pas cette phrase timide : « Les végétations ne semblent pas être la conséquence rigoureuse du virus syphilitique. »

On a prétendu qu'une doctrine n'avait jamais de fanatiques plus convaincus qu'à sa naissance et au moment où elle est condamnée à périr ; Vidal de Cassis (6) semble avoir voulu prouver la vérité de cette maxime. En effet, dans son traité des maladies vénériennes, publié en 1855, à une époque où la plupart des syphiliographes avaient adopté l'idée de la non spécificité des végétations et où quelques-uns seulement soutenaient l'opinion mixte de

(1) Gibert, *Manuel prat. des mal. vén.* ; Paris, 1837, p. 256.

(2) Reynaud, *Traité des mal. vén.* ; Toulon, 1845.

(3) Bertherand, *Traité des mal. vén.* ; Paris, 1852, p. 271.

(4) Cazenave, *Traité des syphilides* ; Paris, 1843, p. 435.

(5) Ricord, *Traité prat. des mal. vén.* ; Paris, 1838, p. 767.

(6) Vidal de Cassis, *Traité des mal. vén.* ; Paris, 1855, p. 266.

Swédiaur, ce chirurgien professait que les végétations étaient toujours syphilitiques. « On ne verra jamais, disait-il, naître une végétation sans antécédent, sans accident vénérien.... Il y a encore un argument contre ceux qui prétendent que les végétations sont le résultat d'une irritation simple ; c'est la propriété désespérante qu'elles ont de se reproduire. » L'argument n'était pas difficile à rétorquer ; ceux qui prétendaient que les végétations sont le résultat d'une irritation, pouvaient dire que si les végétations se reproduisent, c'est que l'irritation qui les a produites n'a pas disparu. Mais il est inutile de discuter plus longuement une opinion qui, à partir de 1855, ne devait plus avoir de représentant.

En 1853, MM. Maisonneuve et Montanier (1) écrivaient qu'il y a fort peu de végétations réellement syphilitiques, et qu'on ne doit reconnaître comme telles que celles qui se produisent sur les chancres bourgeonnants et les plaques muqueuses ; mais nous devons citer deux auteurs qui, très-antérieurement à cette date, avaient professé, comme Bell, la non spécificité absolue des végétations ; ces auteurs sont Jourdan (2) et Richond des Brus (3) ; ce dernier mérite d'être cité textuellement. « La cause unique des végétations, dit-il, est l'irritation légère mais prolongée de la partie sur laquelle on les observe ; soit que cette irritation ait été produite par l'acte du coït avec une personne saine ou par le pus irritant sécrété par les organes génitaux d'une femme malade ; soit qu'elle ait été occasionnée par le stimulus que détermine le passage des matières sécrétées dans l'urétrite ou par les mucosités sécrétées à la base de la couronne du gland ; soit qu'elle soit due enfin à la mastur-

(1) Maisonneuve et Montanier, *Traité prat. des mal. vén.* ; Paris, 1853.

(2) Jourdan, *Traité complet des mal. vén.* ; Paris, 1826, t. I, p. 177.

(3) Richond des Brus, *De la non exist. du virus vén.* ; Paris, 1826.
t. III, p. 682.

bation, à la malpropreté, au frottement de la verge contre les vêtements pendant les marches prolongées, ou qu'elle succède à un ulcère, l'essence du mal est la même ; l'affection est toujours locale et, dans aucun cas, elle n'a rien de spécifique. » Nous savons bien que Richond des Brus n'avait pas grand mérite à nier si complètement la spécificité des végétations, puisqu'il niait l'existence du virus vénérien ; mais, quelque soit le point de vue auquel il ait pu se placer, le passage que nous venons de citer n'en est pas moins d'accord avec les idées modernes, et avec la vérité.

Pour terminer cet historique, nous n'avons plus qu'à donner quelques extraits des ouvrages les plus récents et les plus autorisés sur la matière. En première ligne nous citerons M. Rollet, auquel revient, ainsi qu'à M. Diday, l'honneur d'avoir élucidé la plupart des points contestés de la syphiliographie et d'avoir formé de nombreux et brillants élèves qui constituent aujourd'hui une véritable école, l'École lyonnaise. Dans ses recherches cliniques publiées en 1861, M. Rollet (1) s'exprimait en ces termes : « Il faut encore ranger ici les végétations et les condylomes qui se lient moins à un état d'inflammation qu'à un travail d'hypertrophie indifféremment provoqué par toutes les maladies vénériennes, blennorrhagie, chancroïde, chancre, plaques muqueuses, etc..., et tout particulièrement favorisé chez les femmes par l'état de grossesse ; il n'est pas rare de voir la seule accumulation de la matière sébacée sous le prépuce amener ce résultat, c'est-à-dire provoquer l'hypertrophie des papilles et partant développer les végétations. »

« La nature des végétations n'est pas syphilitique, écrit M. Alphonse Guérin (2), les causes irritantes les plus di-

(1) Rollet, *Recherches clin. et exp. sur la syphilis* ; Lyon, 1861, p. 44.

(2) Alphonse Guérin, *Maladies des org. gén. ext. chez la femme* ; Paris, 1864, p. 375.

verses produisent cet accident local qui reste toujours une manifestation limitée au point où elle s'est développée et qui ne dénote jamais une contamination constitutionnelle, c'est une hypertrophie des papilles du derme. Autrefois on pensait que toutes les papilles étaient nerveuses ; aujourd'hui on a démontré qu'il existait des papilles dans lesquelles l'élément vasculaire se retrouvait seul. On a vu enfin qu'il y en avait dont la substance était composée d'un stratum conjonctif avec nerfs et vaisseaux. Cette structure des papilles explique pourquoi certaines végétations causent une vive douleur à la moindre irritation, tandis que d'autres sont turgescents et véritablement érectiles. Les végétations prennent d'ordinaire naissance sous l'influence de l'action irritante des produits d'une sécrétion morbide. On ne sera donc pas étonné de leur fréquence plus grande chez la femme que chez l'homme... On a dit que les végétations sont contagieuses ; à mon avis, elles ne le sont pas plus que les verrues ; seulement il faut bien distinguer les végétations ordinaires de celles qui sont le résultat de plaques muqueuses transformées. »

Tous les syphiliographes modernes se sont rangés à cette opinion que les végétations ne sont pas syphilitiques, et s'il existe encore quelques dissidences, elles ne portent que sur la nature de la cause qui les détermine. M. Bazin (1) les regarde comme complètement indépendantes de la diathèse syphilitique, mais il croit qu'elles se développent sous l'influence de l'irritation causée par un liquide spécifique. Quant à M. Davasse (2), il a créé une nouvelle entité morbide, une nouvelle diathèse, la *sybose*. Pour expliquer leur production, « il faudrait, dit-il, établir pour les végétations les mêmes distinctions que pour la blennorrhagie ; en effet,

(1) Bazin, *Leçons théor. et clin. sur la syphilis et les syphilides* ; Paris, 1866, p. 263.

(2) Davasse, *La Syphilis, ses formes, son unité* ; Paris, 1863, p. 422.

il y a des végétations symptomatiques, c'est-à-dire blennorhagiques, chancreuses, condylomateuses, dartreuses, cancéreuses, etc., etc., et des végétations essentielles ou sycosiques. La *sycose* a une étiologie assez complexe : contagieuse, elle a cependant besoin de prédispositions plus ou moins accusées. Ces prédispositions tiennent à certaines conditions organiques, telles que le phimosis chez les hommes, ou à certains états physiologiques, tels que la grossesse chez les femmes. Dans les deux sexes, elle se manifeste plus particulièrement surtout dans les régions onctueuses des téguments, au voisinage des parties génitales et de l'anus. Indépendamment de ces aptitudes locales ou accidentelles, il est des prédispositions générales ou idiosyncrasiques propres à certains individus chez lesquels les végétations se lient à d'autres productions épigéniques, verrues, kystes, loupes, polypes. » On se demandera pourquoi M. Davasse a compliqué, comme à plaisir, une question aussi simple ; les végétations naissent sous l'influence de l'irritation prolongée de la partie sur laquelle on les observe, est-il nécessaire d'invoquer, pour expliquer leur apparition, une sorte de diathèse de création nouvelle ? Il y a effectivement une prédisposition qui fait que certains individus en sont plus facilement atteints que certains autres, mais ce mot de prédisposition ou celui d'idiosyncrasie nous semblent parfaitement suffisants pour exprimer cette idée. L'introduction d'un terme nouveau était au moins inutile, d'autant plus que ce mot, la *sycose*, ressemble à un autre mot qui a été appliqué à la désignation d'une affection spéciale n'ayant aucun rapport avec celle dont nous nous occupons.

Etiologie. — La question de l'étiologie des végétations se trouve fort simplifiée par l'aperçu historique que nous venons de faire.

Ainsi que l'a dit Richond des Brus, la cause unique des

végétations est l'irritation légère, mais prolongée de la partie sur laquelle on les observe. Leur cause n'est donc, en aucune façon, spécifique ; sur tous les points où une irritation de ce genre peut se produire, les végétations peuvent apparaître. Il est presque inutile d'ajouter, après cela, qu'on observe souvent cette sorte d'accident chez des gens qui n'ont eu aucune maladie vénérienne.

MM. Boys de Lury et Costilhes (1), dans leur excellent mémoire, disent avoir rencontré souvent des végétations sur des jeunes filles de huit à quatorze ans qui ne présentaient aucun symptôme de maladie vénérienne. Lagneau (2) rapporte un cas de végétations de la langue chez une petite fille de huit à dix ans. Guersant (3), Melchior Robert (4), MM. Demarquay (5), Diday (6), citent des faits analogues. Le développement si fréquent des végétations chez les femmes enceintes, en dehors de toute influence syphilitique et vénérienne, si bien décrit par MM. Thibierge (7), Zerbe (8) et Ancelet (9), et, avant eux, par Cullerier l'ancien (10), développement auquel nous consacrerons une étude spéciale, est une nouvelle preuve de la nature non spécifique de ces produits épigéniques des muqueuses.

Une autre preuve que l'on peut invoquer, c'est la non contagion et la non réinoculabilité des végétations. Dans tous les cas dans lesquels on a prétendu avoir inoculé des chancres simples avec du pus de végétations, et notamment

(1) *Gaz. méd. de Paris*, 1847.

(2) *Loc. cit.*, p. 373.

(3) *Union médicale*, 1857.

(4) *Essai sur deux points de syphiliographie*, 1857.

(5) *Union médicale*, 1857.

(6) *Exposition des nouvelles doctrines sur la syphilis*, p. 231.

(7) *Arch. gén. de méd.*, 1856.

(8) *Gaz. hebdomadaire de méd.*, 1856.

(9) *Le Progrès*, 12 novembre 1858.

(10) *Dictionnaire des sciences méd.* en 60 volumes.

dans celui qu'a publié M. Dolbeau (1), alors interne dans le service de M. Puche à l'hôpital du Midi, on a dû reconnaître la possibilité d'une erreur basée sur un examen un peu superficiel du sujet auquel le pus avait été emprunté. M. Ricord a tenté vingt-huit fois cette expérience et jamais le pus inoculé n'a donné lieu à un chancre. M. Rollet (2) a fait, de son côté, une centaine d'inoculations qui ont produit quelquefois des symptômes d'irritation locale et de suppuration, mais jamais de chancre.

Melchior Robert a fait l'expérience plus complètement encore. Il a, à plusieurs reprises, placé des végétations, du pus des végétations ou des plaies qui leur succèdent, sous son propre prépuce, sur des points dont il avait, au préalable, enlevé l'épithélium par une cautérisation au nitrate d'argent. Le résultat fut constamment négatif.

Quant au cas rapporté par Velpeau (3), il n'a pas la valeur qu'on lui a attribuée. Cet illustre chirurgien, ayant dans son service un individu porteur d'une végétation sur le gland, maintint pendant un certain temps cette végétation en contact avec la muqueuse du prépuce renversé, et il vit, au bout de quelques jours, saillir sur cette muqueuse une excroissance semblable à celle du gland. Cette observation ne prouve pas la contagion, pas plus que ne la prouve la pullulation des excroissances autour de celles qui se sont manifestées primitivement sur une muqueuse quelconque. Elle nous montre seulement que, sur un sujet prédisposé, une cause irritante, de quelque nature qu'elle soit, peut provoquer la germination d'accidents de ce genre.

Nous venons de parler de sujet prédisposé; nous devons, dès lors, chercher ce qui constitue cette prédisposition. En première ligne, la constitution lymphatique, qui rend plus

(1) *Union médicale*, 1852.

(2) *Loc cit.* p. 419.

(3) *Gaz. méd. de Paris*, 1852.

abondantes les sécrétions diverses chez les sujets dont le tempérament appartient à ce type. Sur dix individus atteints de végétations, que nous observons, il en est certainement huit qui offrent toutes les apparences extérieures de cette variété de tempérament. Nous avons vu, très-fréquemment, des excroissances se développer autour du gland chez des personnes atteintes d'une maladie aiguë quelconque, et qui depuis quelque temps n'avaient pu prendre les soins de propreté quotidiens auxquels elles étaient habituées ; nous avons remarqué que toutes les personnes sur lesquelles nous avons fait cette observation étaient des lymphatiques. On a attribué aussi à la diathèse herpétique une influence prédisposante de même nature ; mais nous n'avons pu, jusqu'à ce jour, constater le bien-fondé de cette allégation, pas plus que celui de l'idée émise par M. Diday (1), qui croit que les gens qui ont eu des verrues sont sujets à avoir plus tard des végétations. L'analogie histologique qui rapproche ces deux sortes d'accidents nous porte, *à priori*, à admettre cette idée que nos observations personnelles n'ont point encore confirmée.

Il est enfin une dernière cause prédisposante qui, d'après ce que nous avons vu depuis quelque temps, nous semble avoir une grande importance : c'est le diabète. En moins de deux ans, nous avons observé quatre cas de végétations très-confluentes et très-volumineuses, développées sur le gland et le prépuce d'individus de 50 à 65 ans, atteints du diabète depuis plusieurs années. Nous avons eu, dans ces quatre cas, beaucoup de peine à amener la guérison complète : les excroissances repullulaient avec une désespérante facilité. Nous n'avons trouvé d'observation analogue que dans l'excellent ouvrage de M. Rollet (2). « J'ai opéré,

(1) *Loc. cit.*, p. 257.

(2) *Loc. cit.*, p. 416.

dit-il, dernièrement un homme d'une soixantaine d'années qui était diabétique. Ce malade avait le prépuce très-étroit, et peu à peu il lui était arrivé de ne plus pouvoir découvrir le gland ; à partir de ce moment il se développa chez lui, entre le gland et le prépuce, des végétations si exubérantes qu'elles étaient sur le point d'amener la perforation des téguments lorsque j'en pratiquai l'excision.

Est-ce le diabète lui-même qui prédispose les malades aux végétations ? Est-ce seulement l'abondance de l'urine et sa nature poisseuse qui rendent plus difficiles les soins de propreté et agissent comme causes déterminantes ? Nous ne voudrions pas conclure, mais nous pencherions plutôt pour la première hypothèse, car nos quatre malades appartenaient à une classe sociale relativement élevée, et, tous, ils prenaient les soins les plus méticuleux de leur personne. Nous appelons l'attention des praticiens sur ces faits, qu'un certain nombre d'entre eux a dû déjà observer, et qui offrent un véritable intérêt, tant au point de vue de l'étude du diabète que de celle des végétations.

Anatomie pathologique. — Les végétations, quelle que soit la forme à laquelle elles appartiennent, sont constituées surtout par une augmentation de volume des papilles vasculaires qu'on rencontre surtout dans les muqueuses des organes génitaux externes, muqueuses à épithélium pavimenteux. A cette hypertrophie papillaire se joint une induration et un épaississement du derme sous-jacent. On trouve, en outre, dans ces petites tumeurs, une trame de tissu lamineux accompagné de matière amorphe, de nombreux vaisseaux capillaires et surtout de cytoblastions.

Le cytoblastion, si bien décrit par notre excellent maître le professeur Robin, paraît être l'élément anatomique principal des végétations. Cet élément, constitué par des noyaux libres, à fines granulations, existe en très-petite quantité à l'état normal dans le derme des muqueuses ; dans les

végétations on le trouve en très-grande abondance. Ce qui est, du reste, intéressant au point de vue histologique, c'est que ces mêmes éléments se retrouvent en quantité considérable dans toutes les productions analogues aux végétations, dans les fongosités, les bourgeons charnus, les condylomes, les plaques muqueuses, les granulations, le chalazion, etc. On les distingue facilement des éléments embryo-plastiques par leur forme, leur petit volume, et par l'action de l'acide acétique qui les rend beaucoup plus foncés.

En résumé, les végétations ne sont constituées anatomiquement que par une hypertrophie des papilles du derme sous-jacent et du tissu lamineux, par une grande abondance de vaisseaux capillaires et par la présence des cytoblastions.

(La suite au prochain numéro.)

II

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA SYPHILIS AYANT POUR ACCIDENT INITIAL LE CHANCRE MOU COM- PLIQUÉ D'ADÉNITE SUPPURÉE.

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux dans la séance du 13 décembre 1872 par M. E. VIDAL, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Messieurs,

Dans la communication que j'ai eu l'honneur de vous faire dans la séance du 26 juillet, j'ai voulu établir par des observations que le chancre mou peut être l'accident initial de la syphilis.

Pour un certain nombre d'entre vous ce point de doctrine n'était pas douteux. Je n'ai fait que confirmer par des exemples ce que l'expérience leur avait appris depuis longtemps.

Si je n'avais tenu à vous apporter des faits soigneusement enregistrés et suivis par moi-même pendant toute leur durée, j'aurais pu multiplier les preuves à l'appui de ma thèse. Que de fois il m'est arrivé en voulant remonter à l'origine de syphilides bien évidentes, de ne trouver pour antécédent, avoué par le malade, que le chancre mou. Plus d'une fois, à ma consultation de l'hôpital Saint-Louis, j'ai entendu des syphilitiques se récrier lorsque je leur affirmais qu'ils étaient atteints de la vérole et me dire que, traités antérieurement à la consultation ou dans les salles de l'hôpital du Midi, on ne leur avait fait suivre aucun traitement interne, en leur laissant espérer que leurs chan-

crès mous ne seraient pas suivis d'accidents constitutionnels.

Je n'ai pas à vous rappeler que pour la plupart des auteurs contemporains auxquels l'étude de la syphilis doit tant et de si réels progrès, le bubon suppuré est en quelque sorte une garantie de la qualité non infectieuse du chancre.

— Je laisse, bien entendu, de côté le cas très-exceptionnel où, par des circonstances toutes spéciales, telles que contusions, exercices violents, etc., on pourrait voir supputer un des ganglions faisant partie de l'adénopathie déterminée par un chancre induré. — Je n'entends mettre en cause que le bubon suppuré type, celui qui succède au chancre mou et dont les bords deviennent souvent chancereux. Eh bien! le chancre mou, même compliqué de cette suppuration ganglionnaire, doit en certains cas rester suspect d'infection et peut être l'accident primitif de la vérole.

En voici un exemple dont j'ai fait prendre l'observation par M. du Castel, interne de mon service:

M... Louis, 43 ans, chiffonnier, entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Léon, n° 71, le 3 août 1872.

Il avait eu des blennorrhagies, mais il n'avait jamais eu d'accidents syphilitiques, quand, au commencement du mois de février dernier, le lendemain de rapports avec une femme qu'il dit malade et avec laquelle il vivait depuis environ trois mois, il remarqua une petite écorchure à la verge.

Quinze jours après, le 17 février, il entra à l'hôpital du Midi avec une dizaine de chancres mous. Il affirme que pendant son séjour dans cet hôpital on n'a pu découvrir l'existence d'aucun chancre induré, et qu'on ne lui a fait suivre aucun traitement interne.

Il fut atteint d'une adénite double : à droite il dit avoir eu une tumeur du volume d'un petit œuf qui se termina

par résolution ; à gauche il eut un bubon suppuré dont il ne fut guéri que plus de quinze jours après sa sortie, datée du 12 avril.

Les renseignements trouvés sur la pancarte de l'hôpital du Midi sont ceux-ci : « Bubon. Sorti sur sa demande. » Les indications fournies par le bulletin statistique sont un peu moins laconiques : « Chancres sur le limbe et le feuillet du prépuce en assez grand nombre. Bubon à gauche douloureux et sans fluctuation, blennorrhagies antérieures. Solution de nitrate d'argent. Teinture d'iode. »

Au moment de l'entrée de M... à l'hôpital Saint-Louis nous constatons une roséole généralisée, remontant à trois semaines environ. Les amygdales, la face interne des joues, les lèvres et le pourtour de l'anus sont envahis par des plaques muqueuses. Pas d'éruption sur le cuir chevelu. Les cheveux assez abondants paraissent sains.

Sur le pénis, à la partie interne du prépuce, on aperçoit une petite cicatrice blanchâtre à surface lisse et à base molle. L'existence d'un phimosis ne permet pas de voir jusqu'à la base du gland. A travers les téguments on ne perçoit aucune apparence d'induration.

Les ganglions inguinaux du côté droit sont encore volumineux, indurés, indolores, formant une pléiade ganglionnaire. A gauche, outre l'induration des ganglions, existe une double ligne cicatricielle résultant des deux ouvertures par lesquelles s'est fait jour la suppuration du bubon.

A la région cervicale postérieure on ne trouve encore qu'un ganglion assez volumineux et superficiel, en arrière du muscle sterno-mastôïdien droit.

Malgré l'apparition tardive de l'exanthème et des plaques muqueuses qui n'attirèrent l'attention du malade que dans les premiers jours du mois de juillet, c'est-à-dire cinq mois après le début du premier chancre et deux mois après la cicatrisation du bubon suppuré, je pense que

l'origine de la syphilis chez ce sujet remonte aux chancres mous qui l'ont décidé à entrer à l'hôpital du Midi. L'adénite suppurée a peut-être retardé, mais n'a pas arrêté l'évolution du virus. L'induration persistante des ganglions inguinaux indiquait l'infection syphilitique longtemps avant qu'elle se fut manifestée par les symptômes dits secondaires.

J'avais fait recueillir par mon ancien interne, M. Zambianchi, l'observation d'un autre malade entré dans mon service, le 25 mai 1872, pour une syphilide pustulo-ulcéreuse, et qui soutenait n'avoir jamais eu qu'un seul chancre à la fin du mois d'août 1871. A l'entendre, ce chancre, large comme une pièce de 50 centimes au moment de son entrée à l'hôpital du Midi (16 septembre), aurait été suivi de bubons suppurés qui, incisés largement, avaient mis plus de deux mois à se cicatriser, tandis que la durée du chancre n'aurait pas dépassé un mois. Depuis, il n'aurait eu ni plaques muqueuses, ni manifestations cutanées antérieures à celle qui a motivé son entrée à l'hôpital Saint-Louis.

Malheureusement les renseignements que nous a donnés ce malade sont en désaccord avec ceux qui ont été consignés sur le bulletin statistique de l'hôpital du Midi. La copie qui m'en a été envoyée dit, en effet, que le nommé G... Jacques, âgé de 37 ans, chaudronnier, entré à la salle 11 n° 29, le 16 septembre, et sorti le 17 octobre 1871, était atteint au moment de son admission de « bubons inguinaux droit et gauche en voie de suppuration. Ces accidents datent de quinze jours et sont consécutifs à un chancre mou du sillon balano-préputial. » Contradictoirement au récit du malade j'y trouve cette mention : « Il y a quatre ans, chancre de nature douteuse. » Comme traite-

ment : « incision des bubons. Cataplasmes, bains sulfureux. Vin de quinquina 120 grammes, 4 pilules de Vallet. »

On n'en peut tirer qu'une conclusion : c'est qu'à l'époque de son séjour à l'hôpital du Midi ce malade n'avait aucune manifestation syphilitique. Mais la diathèse remonte probablement à quatre années, époque à laquelle il eut un chancre de nature douteuse. Cette étiologie serait concordante avec la forme de syphilide pustulo-ulcéreuse qu'il présentait à son entrée dans mon service.

Je ne vous ai cité cette observation que pour vous prouver une fois de plus l'utilité de nos bulletins statistiques et la nécessité d'y recourir lorsque nous voulons remonter à l'origine d'une maladie dont le début, particulièrement pour les malades des hôpitaux, est si souvent le sujet de récits erronés ou mensongers.

III

OBSERVATION DE MÉNINGITE SYPHILITIQUE, par M. Antonin PONCET, *interne des hôpitaux de Lyon.*

L'inflammation des membranes cérébrales d'origine syphilitique est une affection rare, et dans les auteurs classiques on trouve peu de faits de méningite syphilitique. Nous avons pu observer dernièrement dans le service de M. Ollier un cas de ce genre; la difficulté du diagnostic d'une part, d'autre part la terminaison heureuse et en quelque sorte instantanée d'accidents en apparence très-graves, grâce à une médication spécifique, nous ont paru dignes d'appeler l'attention, et nous ont engagé à publier l'observation suivante, malgré les réserves que nous devons faire (l'autopsie n'ayant pas permis de vérifier le diagnostic).

A. J... prostituée, née à Orsennes (Indre), âgée de 26 ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon le 7 février 1872, salle Sainte-Marguerite, n° 4 (Service de M. Ollier).

Cette femme, excessivement brune, d'un caractère très-impressionnable, a toujours eu une santé délicate, peu en rapport avec son genre de vie et les excès auxquels elle se livrait. A l'âge de 17 ans elle contracta la syphilis et elle porte encore à la lèvre supérieure la cicatrice de son chancre; depuis sont survenues, à des intervalles éloignés, de nombreuses manifestations syphilitiques. Sa santé, dit-elle, était néanmoins restée assez bonne, quoiqu'elle éprouvât parfois des douleurs dans les membres, et le soir de la céphalée sans cause appréciable.

Il y a quelques jours, les douleurs de tête augmentèrent,

la malade eut de légers frissons, puis des vomissements apparurent et devinrent très-fréquents.

Ne prenait-elle qu'une cuillerée de liquide, elle la rendait aussitôt.

Lorsqu'elle entra à l'Hôtel-Dieu, le début des accidents dont nous venons de parler remontait à cinq jours, et le traitement avait consisté en potions calmantes et en lavements laudanisés. Les jours précédents il y avait eu de l'agitation, et la veille du délire. Les nuits étaient sans sommeil.

Le 18 février, la malade est dans le decubitus dorsal, la face est pâle, décolorée, devenant rouge au contraire à certains moments. Les paupières sont mi-closes, les pupilles dilatées. Elle fait entendre quelques gémissements, et répond avec grande difficulté aux questions qu'on lui pose, la parole est lente, embarrassée; les douleurs ont pour siège la région frontale et la nuque, dont la contraction des muscles reporte la tête en arrière.

Le ventre est souple, il est plutôt rétracté que ballonné; il existe en outre une hyperesthésie générale accompagnée par instant d'un peu de contracture des membres. Les vomissements persistent quoique moins fréquents. La raie méningitique, si toutefois on doit attacher quelque importance à ce phénomène au point de vue du diagnostic, est des plus marquées.

L'examen attentif des différents organes ne révèle rien de pathologique. Le pouls est à 92 et la température rectale ne dépasse pas 37°1.

Vessie de glace sur la tête. On renouvelle fréquemment la glace. Calomel à l'intérieur, 0,60 en 3 prises.

Soir. Pouls, 84. T. R. 37°. 19 fév. On continue l'usage de la glace. L'état de la malade est à peu près le même que le jour précédent.

Elle vomit peu, mais elle se plaint de nausées continues.

Matin. Pouls 92. T. R. 37°

Soir. Pouls 84. T. R. 37°

20 février. Le défaut de concordance entre certains symptômes, ces températures normales qu'on ne trouve jamais au début de l'inflammation ordinaire des méninges, le genre de vie de la malade, les quelques renseignements recueillis sur ses antécédents, firent soupçonner à M. Ollier la syphilis. Il ordonna alors de larges frictions avec l'onguent mercuriel sur le front et les tempes. En même temps il prescrivit à l'intérieur une potion avec 2 gr. iodure de potassium.

Matin. Pouls 76. T. R. 36°5.

Soir. Pouls 66. T. R. 36°9.

12 février. La malade se sent beaucoup mieux, la céphalée est moins forte, les nausées persistent ainsi que les douleurs à la nuque.

L'iodure de potassium est alors donné à la dose de 4 gr.

Matin. Pouls 72. T. R. 37°6.

Soir. Pouls 84. T. R. 36°9.

22 février. Les douleurs de tête ont disparu, la malade n'a plus envie de vomir, elle se trouve tellement soulagée qu'elle se croit guérie. La nuit dernière a été bonne, elle a dormi.

Matin. Pouls 80. T. R. 37°1.

Soir. Pouls 84. T. R. 37°5.

En présence de la salivation commençante on supprime les frictions mercurielles, et, désireux de savoir si le mieux obtenu est dû à l'administration de l'iodure de potassium, M. Ollier fait suspendre l'administration de ce médicament.

23 février. Les douleurs de tête occupant soit la nuque,

soit la région frontale, ont reparu. Au dire de la malade, elle est moins bien que la veille, la nuit a été mauvaise; elle paraît en effet moins gaie, plus abattue.

Pouls 90. T. R. 36°8.

Pouls 80. T. R. 37°2.

Le soir, elle se plaint de nausées.

On donne de nouveau l'iodure à la dose de 4 gr.

24 février. La malade prétend moins souffrir, elle s'assied sur son lit, cause avec plaisir, elle désire manger.

Matin. Pouls 78. T. R. 37°1.

Soir. Pouls 78. T. R. 37°2.

On supprime l'iodure de potassium; mais afin qu'elle ne s'aperçoive pas qu'elle ne prend plus ce médicament, on lui continue sa potion amère.

25 février. Le lendemain dans la journée, la malade se plaint de douleurs frontales, de nausées.

Matin. Pouls 78. T. R. 37°2.

Soir. Pouls 76. T. R. 37°1.

La nuit qui suivit fut sans sommeil.

26 février. L'état de la malade est loin de s'être amélioré; elle accuse de violentes douleurs de tête, la parole est lente, le regard vague.

Matin. Pouls 72. T. R. 36°8.

Soir. Pouls 80. T. R. 37°3.

27 février. La nuit a été agitée. Hyperesthésie générale. Vomissements.

M. Ollier fait alors donner pour la troisième fois l'iodure de potassium, et on le continue à la dose de 4 gr. jusqu'à la sortie de la malade.

Matin. Pouls 72. T. R. 36°8.

Soir. Pouls 80. T. R. 37°3.

Sous l'influence de cette médication, les symptômes que nous avons signalés s'amendaient promptement, et le 6 mars a malade quittait l'Hôtel-Dieu complètement guérie.

L'appétit était revenu ainsi que la gaieté.

Quatre jours après son départ, elle entrait de nouveau dans la salle Sainte-Marguerite pour une pelvi-péritonite légère ; elle présentait en outre une petite ulcération du cou. Un traitement antiphlogistique entraîna une amélioration rapide. Au bout de trois semaines, elle sortit de l'Hôtel-Dieu, n'ayant eu dans ce laps de temps ni céphalée ni raideur de la nuque, et n'ayant pas présenté la série des symptômes qui avaient nécessité son premier séjour à l'hôpital.

Cette observation nous paraît avoir quelque intérêt à un double point de vue. Nous voulons parler d'abord de l'ensemble des symptômes qui mettaient sur la voie d'un diagnostic que l'autopsie, heureusement pour la malade, n'est point venue confirmer ; et en second lieu de l'effet, en quelque sorte merveilleux, de l'iodure de potassium. Le début des accidents, la céphalée persistante, les vomissements continus, la raideur du cou, l'habitus de la malade étaient autant de signes en faveur d'une affection méningée, et cela surtout en l'absence de toute lésion viscérale. Mais si ces symptômes étaient ceux de la méningite, il en est d'autres non moins importants qui faisaient complètement défaut ; tels que la fréquence du pouls, l'élévation de la température. Chez notre malade, en effet, le pouls est resté entre 80 et 90, et la température, loin de s'élever, a été plutôt constamment au-dessous de la normale. La régularité du pouls, l'abaissement de la température, phénomènes qui n'existent jamais dans la première période de l'inflammation des méninges étaient donc, pour le diagnostic, deux facteurs importants dont il fallait tenir grand compte ; concomitants d'autres accidents cérébraux que nous rattachons à une altération des méninges ils indiquaient une forme spéciale de la maladie. Le genre de vie de la malade, sa profession donnèrent en outre l'é-

veil et engagèrent M. Ollier à essayer l'iodure de potassium.

Ce médicament fut donné d'abord à la dose de 2 gr., puis 4 gr. en potion. Son effet fut immédiat, il fut dans tous les cas tellement prompt, que M. Ollier se demanda si l'iodure de potassium était réellement la cause de l'amélioration. On supprima alors le traitement, mais dès le lendemain la céphalée augmentait ou reparaissait ainsi que les autres troubles fonctionnels, et les jours suivants l'état de la malade allait en empirant. L'épreuve fut tentée à trois reprises différentes et toujours avec le même succès ; enfin, la médication fut continuée, et en quelques jours la malade se trouva complètement rétablie.

Nous avons pu constater maintes fois les propriétés curatives de l'iodure de potassium dans les lésions tertiaires de la syphilis, mais sa rapidité d'action est appréciable, surtout dans les troubles nerveux qui reconnaissent comme cause cette maladie, ainsi que notre observation en fait foi. Dans un cas cité par M. Rollet d'hémiplégie gauche commençante et progressive avec délire et coma, l'iodure de potassium amena également une prompte guérison.

SUR LES ALTÉRATIONS DE LA PEAU CHEZ LE VIEILLARD, par Isidore NEUMANN.

Les nombreux travaux qui ont pour objet l'étude des modifications que l'âge apporte au corps humain n'ont jusqu'ici donné rien de positif sur les altérations de la peau chez le vieillard. Quelques auteurs ne les mentionnent qu'en passant; d'autres, par exemple Canstatt, Durand-Fardel et Geist, ne décrivent que brièvement la sécheresse, la diminution de l'élasticité, des sécrétions sudoripare et sébacée, l'état des ongles, le grisonnement des poils, etc.

Et pourtant les anomalies de cet organe, visibles à l'œil nu, sont si nombreuses (rides, dilatation des glandes sudoripares, pigmentation, etc.), que l'attention des observateurs paraissait devoir se porter naturellement sur l'étude de ces altérations. Ce qui devait surtout frapper le dermatologue, c'est que quelques affections cutanées se présentent de préférence chez les personnes âgées, sans se manifester sur la peau par d'autres effets que ceux du grattage; c'est que la coloration d'un grand nombre d'efflorescences, par exemple des syphilides papuleuses, est tout autre que chez les individus jeunes; c'est enfin que, chez les vieillards, la plupart des maladies cutanées mettent à se guérir plus longtemps que chez les jeunes gens.

C'est ce défaut de connaissances précises sur les processus pathologiques de la peau chez les vieillards qui m'a décidé à entreprendre ces recherches, pour lesquelles l'institut anatomo-pathologique de l'hôpital général et l'établissement d'Alserbach m'ont fourni tant de matériaux, que

le nombre des cadavres examinés dans l'espace d'un an s'est élevé à un chiffre vraiment très-considérable. Le plus jeune des individus observés avait 54 ans, le plus âgé 93 ans.

Commençons par les *altérations du derme*. Ce qui frappe avant tout, en regardant une coupe de la peau, c'est que *le derme a perdu de son épaisseur*, ce qui se manifeste d'une manière particulièrement frappante au niveau des papilles. Aux endroits où les papilles sont petites à l'état normal (front, parois abdominales), la couche de Malpighi, sur une peau de vieillard, s'étale en couche uniforme sur le derme dépourvu des saillies papillaires; et aux points où les papilles présentent, chez l'adulte, leur plus grand développement, au niveau de l'extrémité des doigts, par exemple, elles sont, *sur la peau du vieillard, notablement raccourcies et rétrécies*; quelques-unes même le sont à un tel point que les corpuscules de Meissner ou le réseau vasculaire tortueux les remplissent entièrement. Ces altérations peuvent être considérées comme une véritable *atrophie*, qui doit nécessairement, de son côté, retentir sur les parties voisines.

Le tissu d'un derme ainsi atrophié nous montre des altérations diverses, signes évidents de la *métamorphose rétrograde*. Cette dernière consiste en opacités qui sont occasionnées :

1° *Soit par des granulations très-fines, uniformément répandues dans le tissu;*

2° *Soit par des granulations plus volumineuses, nettement isolées.*

Dans le premier cas, le caractère fibreux du tissu fondamental ne peut plus être distinctement reconnu; dans le second cas, au contraire, les fibres se laissent encore bien poursuivre et reconnaître dans leur connexion. On les voit encore former un feutrage, mais dans les mailles de ce feut-

trage existent, quelquefois disposées en courtes rangées, les grosses granulations mentionnées ci-dessus.

Ces deux altérations doivent être nettement distinguées d'une troisième qu'on connaît sous les noms de *dégénérescence colloïde* (ROKITANSKY), gonflement vitreux, *dégénération amyloïde, hyaline* (O. WEBER), et qui se fait remarquer par une opacité semblable à celle qu'on observe dans la gélatine coagulée.

Nous pourrions encore mentionner, comme une quatrième forme d'altération sénile, la *dégénérescence graisseuse*; comme une cinquième forme, la *pigmentation exagérée*.

Les deux premières sont les plus fréquentes; les deux dernières ne s'observent que plus rarement. Je dois encore ajouter que *l'opacité à fines granulations et l'opacité à granulations plus volumineuses se combinent fréquemment entre elles*, de telle façon qu'au niveau des parties profondes du derme c'est la première qui s'observe, tandis que la seconde existe au niveau des parties plus superficielles.

L'opacité à fines granulations est produite, comme j'ai déjà dit, par de petites granulations, accumulées en grande quantité, qui se substituent presque entièrement au tissu conjonctif fibrillaire, qui ne disparaissent ni par l'éther ni par l'alcool, et ne se colorent point par le carmin. Le derme a un aspect opaque, laiteux ou albumineux.

L'opacité à grosses granulations se présente d'ordinaire plus fréquemment dans les parties superficielles que dans les parties profondes. Des coupes d'un derme ainsi troublé se font remarquer par une coloration jaunâtre ou d'un vert terne. Si on les traite par le carminate d'ammoniaque et l'acide acétique, les diverses granulations ressortent plus nettement; elles sont pourtant peu imbibées, pas du tout gonflées, au contraire comme ratatinées, malgré

l'addition de ces réactifs. Ce n'est qu'à l'aide d'un fort grossissement que l'on peut voir les granulations souvent disposées en rangées. Les masses fibreuses ne sont pas davantage tuméfiées. Il est à présumer que l'ensemble de ces granulations provient de l'atrophie des masses fibreuses.

Il n'est pas douteux pour moi que ces deux altérations ne diffèrent l'une de l'autre que par le degré, et que l'opacité à fines granulations ne constitue pas une altération à un degré plus avancé; cela paraît d'autant plus vrai qu'on rencontre des opacités de ce genre dans le même derme, tantôt sous forme d'îlots isolés, tantôt disposées en couches superposées.

Gonflement vitreux. Les faisceaux fibreux du derme ne sont absolument plus perceptibles; ils sont entièrement remplacés par une masse homogène, qui a beaucoup de ressemblance avec de la gélatine coagulée. Les nerfs et les vaisseaux paraissent avoir complètement disparu; on n'aperçoit non plus aucune trace des autres organes annexes de la peau. Le derme tout entier est excessivement aminci; son tissu présente des fissures multiples, tant longitudinales que transversales, qui paraissent tenir simplement à la préparation elle-même et sont une preuve de la fragilité de ce tissu. Ce sont les mêmes altérations qui ont été observées par *Lindwurm* et *Bühl* dans un cas d'hypertrophie et d'ulcération de la peau avec dégénérescence amyloïde, par *O. Weber* dans les vaisseaux de la peau du visage, et par *Bärensprung* sur le fond d'un chancre induré. Ces dégénérescences ont constamment leur point de départ dans les vaisseaux et dépendent d'un trouble nutritif profond de l'organisme.

Ce gonflement vitreux est désigné par *Weber* sous le nom de *dégénérescence hyaloïde*. D'après cet auteur, cette dégénérescence part généralement des plus petites artères et ne s'étend que plus tard sur les cellules parenchyma-

tenses elles-mêmes de l'organe intéressé. C'est tout d'abord l'épithélium des artères qui devient malade, puis la paroi artérielle tout entière, qui devient en même temps homogène. Ce processus conduit au rétrécissement du calibre du vaisseau et ne tarde pas à s'étendre des artères sur les autres tissus. *Weber* pense que le protoplasma subit en même temps certaines modifications sous l'influence de substances particulières que lui apporte le sang; ce sont elles qui provoquent ces métamorphoses anormales du protoplasma. Relativement à la genèse de cette métamorphose de l'épithélium dans les artères, des recherches ultérieures sont encore nécessaires pour nous dire si les cellules épithéliales des petites artères en sont réellement le point de départ; il est bien démontré que, dans des processus semblables, siégeant sur d'autres organes, cette lésion commence en dehors de la tunique interne; celle-ci, repoussée en forme d'anneau dans la lumière du vaisseau, la rétrécit nécessairement, comme on le voit par exemple dans les artères cérébrales.

Les métamorphoses dont il vient d'être question peuvent être observées sur toutes les parties de la surface cutanée; il est pourtant certaines régions où elles se présentent de préférence; telles sont la *face* et le *cou*. Leur intensité s'accroît avec l'âge du malade.

J'ai constamment trouvé chez tous les individus qui avaient dépassé la cinquantième année l'une ou l'autre de ces métamorphoses régressives.

Pourquoi la peau de la face est-elle le plus souvent le siège de ces altérations? Ce fait tient sans doute à ce que dans cette région la peau est plus directement exposée à l'action des agents nuisibles extérieurs, notamment à celle de la température, et à ce que les fibres musculaires du peaucier, qui lui sont adhérentes, lui impriment, par la parole et les divers jeux de la physionomie, des modifica-

tions de tension plus fréquentes et plus prononcées que dans toute autre région. Chez les femmes, ces altérations sont aussi fortement prononcées au niveau du cou, ce qu'on peut bien attribuer au gonflement dont cette région devient le siège pendant la grossesse et au dégonflement quelquefois rapide qui lui succède.

J'ajouterai encore que l'on rencontre souvent, dans les recherches de ce genre, des infiltrations cellulaires qui proviennent de processus inflammatoires antérieurs et qui n'ont aucun rapport avec les véritables altérations séniles.

Pigmentation. Elle consiste dans le dépôt de granulations d'un brun foncé, non-seulement dans les cellules du réseau de Malpighi, mais encore dans les cellules de la moitié supérieure de la gaine radiculaire externe du poil et même dans le tissu du derme. Dans ce dernier, elle est produite tantôt par une matière colorante, d'un brun jaunâtre, irrégulièrement disséminée, tantôt par des granulations pigmentaires renfermées dans les cellules. Au niveau des jambes, le dépôt pigmentaire siège le plus souvent dans le derme; au niveau du scrotum, au contraire, on ne le rencontre guère que dans le réseau de Malpighi. En général, ces accumulations de pigment sont irrégulières et se rapportent constamment à des troubles circulatoires antérieurs.

Fibres musculaires lisses. Il n'est pas douteux que les fibres musculaires lisses répandues dans le tissu du derme ne prennent aussi part aux processus dont il est ici question; c'est ce que fait déjà présumer la diminution de la contractilité de la peau chez le vieillard. Un des signes de cette métamorphose rétrograde consiste dans une *opacité des fibres-cellules*, produite par des *dépôts abondants finement granuleux*, avec *ratatinement des noyaux cylindriques*, ce qui donne aux fibres musculaires un aspect sem-

blable à celui que Wedl a observé sur le tenseur de la cho-roïde (Voyez *Atlas für pathologische Anatomie*, 1861).

Passons maintenant à l'épiderme. Le réseau de Malpighi est assez souvent très-aminci; les cellules ne sont accumulées qu'en petite quantité, et la couche cornée est extrêmement rapprochée du derme; c'est ce qui fait que, malgré les soins que l'on porte à la préparation, il n'est pas toujours possible d'obtenir une coupe qui montre bien nettement la liaison de l'épiderme au derme.

Les cellules de la couche de Malpighi sont, en général, ratatinées, ainsi que je l'ai déjà dit; elles sont encore fréquemment pigmentées, ne s'imbibent que très-peu de carmin et ne se gonflent que faiblement par l'addition de l'acide acétique.

La couche cornée est sèche et rigide; parfois elle présente une teinte sale, un aspect fendillé, résultant de l'atrophie du derme, ce qui fait que les cellules se détachent plus facilement.

Dans certaines régions, particulièrement au niveau du dos et de la poitrine, ces cellules forment des amas isolés, en se déposant en couches superposées, tantôt sur une surface lisse, tantôt sur quelques restes de papilles; elles représentent ainsi des excroissances verruqueuses, qui sont colorées en jaune brun ou en noir par un pigment granuleux abondant, qui se laissent facilement enlever par le grattage et qui laissent après elles, une fois détachées, une surface saignante dont le derme forme le fond.

Vaisseaux et nerfs. On trouve constamment les vaisseaux dilatés, non-seulement entre les pelotons graisseux du *pannicule adipeux*, mais encore, plus superficiellement, dans le derme et même dans les papilles, où ils forment des replis multiples et étroitement entrelacés. Plusieurs auteurs considèrent comme un fait qui s'observe régulièrement l'oblitération des vaisseaux; je n'ai constaté cette

oblitération que dans les cas où il existait en même temps une dégénérescence colloïde.

Poil. En dehors du grisonnement, qui a déjà été le sujet de recherches détaillées, ce qui nous intéresse principalement, comme une des altérations séniles les plus importantes, est la *chute des poils*, chute *définitive* ou seulement *passagère*. Cette dernière a déjà fait l'objet de travaux nombreux.

La *chute définitive des poils* est provoquée, d'après Köliker, par l'atrophie du réseau vasculaire des papilles. Une telle atrophie se présente, il est vrai, manifestement dans la dégénérescence colloïde du derme; mais cette dégénérescence est des plus rares. Or j'ai déjà dit que, dans la peau du vieillard, le système vasculaire des papilles, au lieu de s'atrophier, se dilate au contraire; d'après mon opinion, la cause de la chute des poils devrait donc être cherchée dans l'évolution rétrograde du derme; car les papilles du poil, loin de constituer des éléments distincts du tissu dermique, font partie inhérente de ce tissu et doivent, par suite, participer aux processus d'atrophie dont il est le siège. Sans doute que l'influence du système nerveux joue aussi, dans ce cas, un certain rôle (1).

Le processus de la chute définitive des poils est, sans doute, le même que celui de leur chute temporaire. Il se produit en effet, dans les deux cas, de nouvelles poussées de blastème pileux; mais, dans le premier, ce blastème n'est plus capable de donner lieu à un développement normal des poils. J'ai trouvé quelquefois sur des têtes chauves des follicules pileux complets qui ne portaient

(1) Pincus (*Virchow's archiv*, 1866) a constaté, au niveau des endroits chauves, une différence dans l'épaisseur de la couche dermique inférieure; au niveau des points chauves atrophies, le pannicule adipeux était également plus étendu. Ces données s'accordent manifestement avec le fait, déjà signalé, de l'amincissement du derme.

pas de poils et au fond desquels étaient accumulées des cellules colorées par un pigment foncé; je ne pus pourtant pas découvrir dans l'intérieur de ces masses cellulaires la moindre trace des papilles. Chez le plus grand nombre d'individus jeunes atteints de calvitie récente, j'ai trouvé dans les follicules des poils cotonneux, destinés sans doute à être de temps en temps remplacés, car leur bulbe était rompu et le canal fermé en bas; ce qui, comme on sait, caractérise un poil en train de tomber.

Je veux ici faire mention d'un fait qui présente un certain intérêt au point de vue de l'arrangement des poils. J'ai eu l'occasion de voir plusieurs poils (jusqu'à trois) sortir d'un même follicule; il ne s'agissait nullement ici d'une réunion de poils naissant d'une même papille et dont l'un s'accroîtrait tandis que l'autre tomberait; le fond du follicule pileux était divisé en trois loges, et chaque poil émergeait d'une de ces loges, toutefois sa racine était déjà fendillée. Il arrive assez fréquemment, constamment, paraît-il, chez certaines races, chez les nègres par exemple, que plusieurs poils volumineux sortent en même temps d'un même follicule; je crois donc que le fait que je signale ici ne s'écarte pas de la règle normale.

Les personnes qui sont chauves depuis longtemps sont d'ordinaire entièrement dépourvues de poils; les poils cotonneux eux-mêmes ont fini par tomber. La cause de ce fait me paraît résider dans l'irrégularité avec laquelle se dépose le blastème pileux, irrégularité dont il a déjà été question et qui n'est évidemment que le résultat de la dégénération toujours progressive de la peau. Les gaines radiculaires, notamment l'interne, sont fendillées; leurs lamelles racornies tombent et, par leur mélange avec le smegma, représentent un détritit qui entoure le poil et distend assez souvent le follicule. Enfin, si le follicule est devenu entièrement incapable de produire du blastème

pileux, sous quelque forme que ce soit, on trouve que son fond est complètement vide, ou plutôt qu'il s'est soulevé en haut jusqu'au point où la glande pileuse vient s'ouvrir dans le follicule. La partie supérieure du follicule pileux joue alors le rôle d'un conduit excréteur de la glande sébacée; et cette dernière, qui auparavant s'ouvrait à une certaine hauteur sur le côté du follicule, déverse maintenant son produit de sécrétion sur le fond même du follicule ainsi raccourci. Ce qui reste du follicule ne renferme donc plus que du smegma, qui généralement s'y accumule en grande quantité et le distend notablement, de sorte que cette altération des glandes sébacées, qui a été désignée sous le nom de *milium*, peut dépendre non-seulement de la glande elle-même, mais encore du follicule pileux.

Quant à la partie fibreuse du follicule pileux, sa charpente persiste longtemps encore après que le poil est tombé. On observe dans ces cas des faisceaux fibreux qui se dirigent en s'infléchissant des parties superficielles vers les parties profondes, s'entrelacent profondément dans la charpente fibreuse, et proviennent, ainsi qu'on le démontre par des coupes, d'une couche fibrillaire qui recouvre la surface du pourtour. Ces faisceaux se gonflent sous l'influence de l'acide acétique, ce qui les distingue déjà des parties périphériques.

Quant aux autres altérations du follicule pileux dans la calvitie, les opinions des auteurs sont variables. *Bichat* ne trouvait plus de follicules pileux aux endroits devenus chauves; *E.-H. Weber* et *Simon*, au contraire, ont pu voir encore ces follicules d'une manière très-distincte. D'après mes observations, les follicules pileux ne périssent pas entièrement; ils se ratatinent jusqu'au niveau de leur tiers supérieur, ou bien les gaines radiculaires disparaissent, tandis que la partie fibreuse seule persiste; les faisceaux, dont il a été fait mention ci-dessus, laissent voir encore, au

niveau de la partie supérieure, l'orifice du follicule primitif rempli de cellules cornées et se manifestant déjà à l'extérieur par la présence de sillons, de rugosités. On peut même voir quelques restes de follicules sur des coupes qui sont le siège d'une dégénérescence colloïde. A raison de l'intérêt particulier qu'il présente, je mentionnerai ce fait dans lequel la partie supérieure du follicule pileux était remplie de cellules racornies et séparée de la partie inférieure, qui était entièrement envahie par des masses grumeleuses.

Gaine radiculaire externe. Ses cellules peuvent être disposées d'une manière uniforme et complètement normale ; il est aussi assez fréquent de les trouver accumulées en grande quantité dans le fond du follicule pileux, tandis qu'au niveau de la partie supérieure elles font défaut, et à leur place on ne rencontre plus que des cellules cornées. Cette accumulation de cellules au fond du follicule donne lieu à ces expansions et à ces prolongements coniques du follicule que j'ai signalés et décrits dans le *lichen exsudativus ruber*, ainsi que dans d'autres affections chroniques de la peau. Ces cellules éprouvent aussi assez fréquemment certaines altérations ; elles n'absorbent pas de carmin, ne se gonflent pas par l'action de l'acide acétique, paraissent pour la plupart ratatinées et se pénètrent aussi de pigment, surtout dans la partie supérieure de la gaine radiculaire. J'ai aussi rencontré dans leur intérieur de la graisse sous forme de gouttelettes ou de fines granulations.

Glandes sébacées. On sait que la peau des vieillards est sèche et rude ; cet état dépend d'une altération des follicules sébacés. Ces glandes sont visibles à l'œil nu sous forme de points jaunâtres. Elles subissent des altérations variables, suivant que la partie correspondante de la peau porte des poils cotonneux ou des poils épais, ou que les poils sont déjà entièrement tombés.

Aux endroits où il n'existe que des poils de duvet, les

glandes sébacées ont entièrement disparu ou sont transformées en poches kystiques (*milium, grutum*). Il est encore assez fréquent de les trouver simplement dilatées pendant que leur contenu consiste en un smegma normal ou d'une coloration brune, jaunâtre. Aux endroits couverts de poils solides, les glandes sébacées sont constamment dilatées; elles conservent leur structure acineuse, représentent toujours des annexes latérales du follicule pileux, ou bien elles sont transformées en kystes arrondis, ovales ou elliptiques, qui viennent se placer sous le follicule pileux. Enfin, c'est au niveau des endroits chauves qu'elles acquièrent leur plus grande étendue.

Glandes sudoripares. Elles n'offrent pas d'altérations manifestes qui puissent rendre compte de l'affaiblissement de la transpiration chez les vieillards.

Je les ai trouvées en aussi grande quantité dans la peau du vieillard que chez les jeunes gens; la seule particularité qu'il m'a été donné d'observer, c'est que ce n'est pas seulement dans les glandes sudoripares de la cavité axillaire (*Kölliker*) et du front, mais encore dans celles d'autres parties du corps, qu'on trouve ces amas de matière brunâtre et jaunâtre signalés par *Kölliker*; le conduit glandulaire en est parfois notablement distendu.

A cette occasion, je veux encore mentionner une particularité qui, bien qu'elle ne soit pas ordinaire, s'est pourtant présentée à moi d'une manière plus fréquente dans la peau du front chez le vieillard: c'est que l'orifice des glandes sudoripares a subi un certain déplacement; il est situé à une distance considérable du corps même de la glande, dont le conduit excréteur est dévié latéralement à travers le derme en formant un grand nombre de contours sinueux.

Tissu graisseux. L'extension du pannicule adipeux est soumise à un grand nombre d'anomalies; on ne peut là-

dessus établir aucune règle. Dans les cas de disparition complète de la graisse, j'ai trouvé la charpente de tissu conjonctif notablement épaissie.

Rides. Le derme s'étant aminci et les altérations du tissu conjonctif et des fibres musculaires lisses ayant fait perdre à la peau sa tension normale, les causes les plus légères donneront lieu à la formation de plis inégaux, de rides profondes. Les causes les plus directes de ces rides sont : les déplacements de la peau, occasionnés par les contractions des muscles de tout le tronc, la disparition du pannicule adipeux et les contractions des muscles cutanés, notamment de ceux du visage.

Les rides sont ou *simples*, c'est-à-dire représentant simplement des lignes et des sillons simples; ou *multiples*, c'est-à-dire qu'à côté des rides principales on en trouve de secondaires. D'un sillon principal on voit naître des sillons secondaires qui se dispersent dans diverses directions, forment des ramifications multiples et font perdre à la peau sa régularité et son poli. Aux endroits qui correspondent à ces inégalités, l'épiderme et la couche de Malpighi sont également affaissés.

A côté de ces rides, qui représentent des lignes et des sillons, on en trouve d'autres qui consistent en petites dépressions cutanées ayant la forme de sacs sans ouverture. Elles n'ont pas d'autre origine que les orifices élargis des glandes sébacées et les orifices des follicules pileux raccourcis et dilatés à leur partie supérieure. On trouve aussi de plus grandes dépressions qui sont en communication au niveau de leur fond avec les glandes sébacées. Ces petits sacs sans ouverture renferment dans leur intérieur de la matière sébacée, des détritits d'épithélium ainsi que des poils de duvet.

Extensibilité de la peau chez les vieillards. J'ai répété sur la peau du vieillard, à l'aide de l'appareil du profes-

seur *Hering* modifié, les expériences du professeur *C. Langer* sur l'extensibilité et la dilatabilité des tissus, expériences dont les résultats sont consignés dans les comptes rendus de l'Académie des sciences, 1861. J'ai constaté que l'extensibilité, aussi bien que le pouvoir de rétraction et la dilatabilité de la peau sont plus faibles chez les vieillards que chez les personnes jeunes. J'ai encore pu observer sur la peau du vieillard des différences plus grandes dans l'extensibilité des lambeaux longitudinaux et transversaux. J'ai constaté que la rétraction des lambeaux, placés après avoir été comprimés sur une lame de verre mouillée, était moins complète que chez les personnes jeunes; ces lambeaux restent distendus de quelques millimètres. Ainsi la peau du vieillard, une fois distendue, ne peut plus revenir à son état primitif, ce qui évidemment est lié au processus d'évolution rétrograde qui a été mentionné plus haut.

Résumons, en quelques mots, les résultats de nos recherches : les altérations de la peau chez le vieillard consistent principalement dans une atrophie du tissu du derme, liée essentiellement à ces modifications de texture qui ont été désignées sous les noms d'*opacité à fines granulations*, de *ratatinement sénile* et de *gonflement vitreux*. Quelques-unes de ces métamorphoses ont déjà été assez bien étudiées dans la peau et dans d'autres organes; mais le fait que j'ai signalé sous la dénomination de *ratatinement sénile* n'a pas été jusqu'ici suffisamment examiné. Ces métamorphoses dépendent des troubles nutritifs que l'âge apporte, en général, et qui ont pour résultat de déprimer les fonctions de l'organisme.

Les altérations séniles de la peau ne se font pas d'une manière uniforme. Dans l'épiderme il se produit des hyperplasies qui représentent des excroissances verruqueuses. Le racornissement et le détachement des cellules se font d'une manière irrégulière. Quant aux poils, leur chute a sa

cause dans la dégénérescence des papilles et dans le développement défectueux de l'épithélium. Les follicules pileux ne disparaissent pas entièrement ; ils s'atrophient au niveau de leur partie inférieure, tandis que leur moitié supérieure devient un conduit excréteur des glandes sébacées.

On trouve du pigment dans l'épiderme, dans la gaine radiculaire, mais aussi dans le derme.

Enfin, parmi les altérations cutanées séniles, il faut encore compter une diminution manifeste de l'élasticité et de l'extensibilité de la peau.

Malheureusement, les produits de sécrétion de la peau sont encore trop peu connus, malgré les recherches qui ont été faites à ce sujet, pour qu'on puisse relier d'une manière précise les altérations séniles signalées aux modifications de l'échange nutritif ; les faits anatomiques connus permettent pourtant d'admettre l'existence de troubles considérables dans la nutrition de la peau.

(Extrait des *Bulletins de l'Académie des sciences de Vienne*, tome LIX.)

ÉTUDES ET OBSERVATIONS SUR LA SYPHILIS INFANTILE ET SUR UNE FORME SUSPECTE DE SYPHILIS CHEZ LES ENFANTS A LA MAMELLE

Par le Dr **GAETANO CASATI**

Médecin en chef de l'hôpital des enfants exposés et des femmes en couches
de Milan

Traduit de l'italien par le Dr **Daniel NOLLÈRE**
Chef de clinique chirurgicale à l'école de Lyon.

(Extrait des *Annali universali di medicina*.)

(SUITE.)

Etat général des enfants, leur attitude.

En l'absence de la pustule, des excoriations, de tout symptôme extérieur en un mot, l'enfant syphilitique est inquiet, agité, il tette peu, dort moins encore, il veut toujours rester entre les bras de sa nourrice et pleure dès qu'on le dépose dans son lit. La respiration est difficile et pénible, alors même qu'aucune maladie de l'appareil digestif (vomissement, diarrhée, douleur abdominale et contraction des muscles de la face), qu'aucune lésion de l'appareil respiratoire (toux, coryza, phénomènes stéthoscopiques) ou du cœur (violence des battements, bruits de souffle) ne sont là pour expliquer cette anxiété, cette agitation. Et cependant l'enfant dépérit et tombe rapidement dans le marasme. Il faut alors avoir les yeux sur lui, car

tous ces troubles dénotent la syphilis dont il est atteint et qui va bientôt apparaître avec un cortège symptomatique qui ne laissera plus aucun doute. Souvent, en effet, on a pu voir un état semblable précéder l'apparition de la pustule palatine ou linguale et des autres formes spécifiques.

Erythème des fesses et des cuisses. Comme on le sait, avec le muguet la diarrhée est fréquente, car il est souvent symptomatique d'une entero-colite. Au reste, quelle que soit la cause de la diarrhée, il arrive souvent que l'enfant manque de soins, et les langes qui l'enveloppent, imbibés d'urine et de matières fécales, ne sont renouvelés que rarement. Les fesses et la partie postérieure des cuisses et des jambes, qui se trouvent perpétuellement baignées par les excréments, ne tardent pas à rougir, à s'enflammer, à s'excorier, à s'ulcérer profondément, et cet état persiste tant que les conditions qui l'ont fait naître ne sont pas changées, tandis qu'avec des bains fréquents et des soins de propreté tout rentre bientôt à l'état normal. Mais d'autres fois l'érythème résiste à ces soins et prend une couleur rouge-cuivre, ou bien on le voit naître en dehors des circonstances dont nous venons de parler, et l'attitude de l'enfant fait parfaitement juger des douleurs qu'il en ressent. L'érythème s'accroît en dépit de tous les soins, la peau devient rugueuse, se couvre d'aspérités irrégulières qui s'ulcèrent, la surface dénudée prend un aspect sale, sans réaction, l'enfant est inquiet et agité, la guérison ne s'obtient qu'avec une extrême difficulté. C'est alors que nos soupçons seront fondés, car ce sont probablement les phénomènes précurseurs d'autres manifestations, d'autant plus suspects qu'elles coexisteront avec les symptômes que nous venons de mentionner.

Ophthalmie et otorrhée. Qu'elle reconnaisse pour cause le froid ou le contact des sécrétions blennorrhagiques des organes génitaux de la mère, l'ophthalmie purulente est

très-fréquente chez les enfants, le nitrate d'argent ne tarde pas à en triompher, et la santé générale ne paraît pas en être influencée. D'autres fois, au contraire, l'ophthalmie se développe chez des enfants suspects ou certainement syphilitiques. C'est pour ainsi dire un épiphénomène de la maladie constitutionnelle. En même temps une matière purulente ichoreuse s'écoule par une ou par les deux oreilles. Cette matière irrite les parties avec lesquelles elle est mise en contact et l'on voit se produire des érythèmes, des ulcérations qui sont extrêmement douloureuses. C'est encore une raison de plus pour se tenir sur ses gardes.

Aspect de la peau. Elle est ordinairement normale, mais elle peut aussi présenter cet aspect particulier qui s'observe chez les avortons. Elle est alors lisse et couverte de petites squames, d'autant moins abondantes qu'on est plus près du terme normal. On les voit quelquefois plusieurs jours après la naissance. Mais il est des cas où cet aspect est bien différent. La peau est rouge sombre et donne aux doigts la même sensation qu'un morceau de parchemin; çà et là sont des sillons plus ou moins profonds, tout à fait semblables à ceux que l'on produit en froissant cette substance, qui, en général, se déchire partiellement dans les points où on l'a pliée. J'assimilerais volontiers cet état aux premiers stades de l'érythème pellagreux. J'ai vu, en effet, dans une salle où nombre de pellagreux étaient réunis, qu'aux mains, aux pieds, au cou et surtout sur le dos, la peau rouge brillante présentait des sillons profonds là où à l'état normal existent des plis à peine appréciables. Eh bien, cet érythème a les plus grands rapports avec l'état que je veux décrire, et lorsqu'on peut en examiner la structure, on voit que cette peau est beaucoup plus épaisse qu'à l'état normal, ce qui dépend, selon moi, d'une hypertrophie de l'épiderme et du réseau de Malpighi à laquelle le derme prend également part, c'est donc un trouble nutritif.

J'avais, tout d'abord, pensé à attribuer cet aspect à quelque propriété irritante du liquide amniotique, mais comme il est identique à celui des pieds et des mains des enfants qui plus tard présentent des manifestations syphilitiques, j'ai dû renoncer à cette explication. Plus tard, quand j'ai pu observer cet état chez des nouveau-nés dont les mères étaient syphilitiques, ce qui était doute chez moi est devenu certitude. Si, d'autre part, je n'ai pas vu éclore les symptômes de la syphilis sur ces enfants, c'est que, provenant de mères syphilitiques, ils ont été immédiatement soumis à l'allaitement artificiel et n'ont pas tardé à succomber. On sait, du reste, quel est le sort des enfants syphilitiques soumis à ce régime, j'ai déjà insisté là-dessus.

Quant à la teinte spéciale de la face, dont Trousseau a donné une si claire et si parfaite description, c'est un des signes les plus précieux pour le médecin; aussi me bornerai-je à rapporter ici les paroles de l'illustre pathologiste français : « Le visage, dit-il, est d'un ton bistré spécial; il semblerait qu'on a passé sur les traits une légère couche de marc de café ou de suie délayée dans une ample quantité d'eau. Ce n'est ni de la pâleur, ni de l'ictère, ni le jaune paille des autres cachexies, cette teinte beaucoup moins foncée, mais presque du même ton que le masque des accouchées, ne s'étend pas ou s'étend à peine au reste du corps. Je ne sache pas une autre maladie de l'enfance où on la retrouve, et, quand elle est bien marquée, elle vaut les meilleurs symptômes (1). »

II

Après ce court exposé des symptômes qui, à part la pustule palatine et buccale, n'appartiennent pas certainement

(1) Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. — Art. 79. Syphilis des enfants nouveau-nés, vol. III, p. 301.

à la syphilis, mais doivent rendre singulièrement suspects les enfants qui en sont porteurs, il me reste à parler des symptômes que l'on observe dans la suite, symptômes évidents, faciles à rattacher à leur véritable cause, et partout minutieusement décrits par la plupart des auteurs. Répéter ce que tant d'autres ont dit, sans avoir la prétention de mieux faire, serait une tâche fastidieuse et dénuée d'intérêt. Aussi me bornerai-je à mes propres observations, à celles que j'ai pu faire dans cet hôpital. Serai-je parfaitement d'accord avec les progrès de la syphiligraphie moderne, mes expressions seront-elles conformes à son langage actuel, je l'ignore. Mais je dois me borner à ce que j'ai vu, suivant parfois la description de Buffini qui a observé dans ce même établissement et dont les expressions me semblent correspondre parfaitement à la vérité (1).

Tubercules muqueux, papules muqueuses. C'est la lésion secondaire que l'on retrouve le plus souvent, que la syphilis soit héréditaire ou qu'elle reconnaisse pour cause l'allaitement, le contact de biberons ou autres instruments malpropres, la vaccination. Son diagnostic est facile, et on la reconnaît en général facilement, non-seulement à cause de l'évidence de ses caractères, mais aussi parce qu'elle est identique à la forme que l'on observe chez les adultes. On a rarement l'occasion de l'observer à son début, car les nourrices apportent en général ces enfants à une période assez avancée de la maladie. Quant aux enfants qui ont présenté les formes suspectes (pustule buccale ou palatine), comme ils sont immédiatement soumis à l'allaitement artificiel et surveillés de très-près, ils meurent très-rapidement ou restent dans un état de trop grande faiblesse pour que les lésions se puissent manifester.

Quand on interroge les nourrices qui nous apportent des

(1) Op. cit., p. 107 et 109.

enfants atteints de plaques muqueuses, elles nous racontent qu'elles ont vu naître tout d'abord une rougeur très-marquée sur les fesses et les cuisses, puis ensuite les nourrissons ont pris mal à la bouche, ils ont eu des tubercules apparaissant tout d'abord sous la forme de macules arrondies qui se sont bientôt élevées au-dessus du niveau de la peau, tandis que au-dessous d'elles on sentait une petite induration du volume d'un pois. Pendant que ces papules s'élevaient, leur centre restait aplati, elles devenaient plus blanches et finissaient par prendre l'aspect des boutons vaccinaux avant leur période de suppuration. La grandeur de ces tubercules varie entre celle d'une lentille et celle d'une pièce de cinq centimes. Leur surface est humide et couverte par une couche comme muqueuse, sur laquelle on voit perler de petites gouttes d'une humeur épaisse à odeur nauséabonde. Chez les enfants que l'on apporte dans mon hôpital, on voit quelque fois des pustules aux jambes et aux cuisses qui sont produites par la malpropreté et peuvent en imposer pour des accidents syphilitiques; mais ces tubercules sont en général plus petits, moins durs, plus lisses, sans ulcération, sans aspect muqueux, et les soins de propreté les font rapidement disparaître. Les tubercules muqueux, sous l'influence de certaines conditions (allaitement artificiel, manque de propreté), se transforment rapidement en ulcères plus ou moins profonds, plus ou moins étendus, à bords durs et saillants, qui souvent se compliquent de gangrène, surtout chez les enfants faibles ou en proie à d'autres maladies. Les sièges de prédilection de cette forme sont les fesses, les cuisses, les jambes, le visage, la bouche. Dans cette dernière région, elles produisent des ulcérations vers les commissures labiales et sont le principal agent de transmission de la syphilis de l'enfant à la nourrice.

La pustule se rencontre plus rarement que la papule. On

voit au début une petite tache rougâtre, au centre de laquelle apparaît une sorte de phlyctène qui se remplit de pus et constitue ainsi la pustule. Rarement elle dépasse le volume d'un pois; elle est arrondie, très-légèrement aplatie, les bords sont irréguliers et entourés d'une zone rouge livide. Sur les mains, sur la face, sur le col, elles se recouvrent bientôt de croûtes jaunâtres demi-transparentes, plus ou moins confluentes, constituant, comme les croûtes laiteuses, des îlots de forme variée. Mais aux organes génitaux, à l'anus, à la partie supérieure et interne des cuisses, aux aisselles, l'humidité de la région empêche la formation des croûtes, et les pustules accumulées, confluentes, laissent à leur place des ulcérations profondes, irrégulières, serpigneuses, qui, cachées dans les plis de la peau et couvertes de mucus, ont une apparence tout à fait spéciale. Avec les progrès de la maladie, les bords de ces ulcérations, qui comprennent presque toute l'épaisseur de la peau, deviennent rouges, proéminents, épais, durs, calleux et finissent par ressembler singulièrement aux plaques muqueuses, surtout quand les ulcérations sont isolées. Les pustules qui se recouvrent de croûtes guérissent facilement, et, à leur chute, il reste pendant un temps plus ou moins long une tache cuivreuse caractéristique. Mais quand l'ulcération s'est produite, la guérison est lente et difficile, il se forme une cicatrice persistante, inégale, blanchâtre, déprimée. Si, de plus, les soins de propreté viennent à faire défaut, la plaie prend un aspect livide, inerte, se complique bientôt de gangrène, avec destruction d'une notable quantité de la peau, et la mort ne se fait plus longtemps attendre.

En décrivant la papule muqueuse, nous avons parlé des *ulcérations des commissures buccales*. Je crois devoir m'y arrêter un peu, car on les peut confondre avec d'autres ulcérations qui, ayant le même siège, ne reconnaissent pas

pour cause la syphilis, mais l'usage maladroit des cuillères, quand les nouveau-nés sont soumis à l'allaitement artificiel ou mixte. Les ulcérations syphilitiques ont un fond grisâtre, avec base indurée. Elles siègent, en général, des deux côtés à la fois, ou isolément aussi souvent à droite qu'à gauche. Les autres, au contraire, ont l'aspect d'une simple excoriation, l'exsudation qui la recouvre ne s'épaissit pas; elles n'ont pas l'aspect lardacé; leur base n'est pas indurée. Elles siègent ordinairement à droite, pour ne pas dire toujours. On en trouve facilement la raison dans l'attitude réciproque de la mère et de l'enfant. Le nourrisson est en général placé sur la cuisse gauche de la femme, et soutenu par son bras gauche, afin de laisser à la main droite la liberté de se servir de la cuillère. Celle-ci frottera donc toujours contre l'angle droit de la bouche, et comme la peau en est extrêmement délicate, elle s'irrite; l'enfant inquiet refuse-t-il de manger, agite-t-il la tête, la chute de l'épiderme, son excoriation, son ulcération augmenteront. Pareille lésion guérit rapidement, aussitôt qu'on en a reconnu la cause. Il suffit de la faire disparaître. Il faut pour cela recourir à l'allaitement artificiel avec un biberon en caoutchouc, tétine de vache ou ivoire ramolli. On proscrira la cuillère de métal pour la remplacer par une en bois avec laquelle il sera beaucoup plus difficile de produire ces lésions.

Coryza et ozène (1). Ces deux altérations, que l'on peut

(1) Pour Trousseau, le coryza est presque toujours le premier signe de la syphilis infantile. (Clinique méd. de l'Hôtel-Dieu, vol. III, pag. 297.) Je ne puis partager l'opinion du célèbre professeur, mais je suis tout à fait de son avis pour ce qui est de la fréquence des lésions syphilitiques des nouveau-nés sur les muqueuses. Dans la plupart des éruptions réunies sous le nom plus commode que scientifique de gourmes, les surfaces muqueuses accessibles à la vue sont souvent lésées, mais pour qu'il en soit ainsi il faut que l'exanthème ait une assez grande confluence. Il commence par la peau et gagne

considérer comme des degrés divers d'une même lésion, s'observent souvent en même temps que les formes que nous venons de décrire, accompagnant tantôt les premiers symptômes, tantôt les manifestations tardives. C'est une complication toujours grave, qui met souvent en danger la vie des enfants. On voit tout d'abord un écoulement de sérosité par les narines, qui devient bientôt épaisse et gluante, fétide, irritante, et se concrète en croûtes qui obstruent les fosses nasales; la muqueuse de Schneider s'ulcère, les os sous-jacents dénudés s'exfolient en petits fragments que l'on retrouve dans les produits qui s'écoulent des narines, irritant par leur contact continu la lèvre supérieure. L'obstruction des narines devient de plus en plus forte et la respiration est gênée, ou les croûtes, en se détachant, donnent naissance à des hémorrhagies, faibles à la vérité, mais toujours graves chez de pareils enfants.

Si les croûtes oblitèrent seulement l'orifice intérieur des fosses nasales, les sécrétions ne pouvant plus s'écouler au dehors, il peut arriver qu'elles tombent dans le pharynx irritant les orifices des voies respiratoires; nouvelle cause de dyspnée qui vient s'ajouter aux ulcérations du larynx qui accompagnent si souvent cette forme. On doit savoir distinguer ce coryza de celui qui naît tout simplement sous l'influence du froid, etc... L'écoulement est alors muqueux, il ne se forme ni excoriations ni croûtes, sa marche est bénigne et rapide, et l'on observe en même temps d'autres symptômes de refroidissement, éternument, toux, léger mouvement fébrile, il n'y a ni destruction de la muqueuse ni carie, et si l'on voit du larmolement, ce n'est jamais un signe d'ophtalmie (*aphonie et toux*). Nous avons déjà parlé

les parties en s'y propageant. Chez les enfants syphilitiques, ces membranes muqueuses peuvent être et sont réellement affectées alors que l'éruption est peu significative, avant même qu'elle se soit produite au dehors.

des ulcérations du larynx, qui sont si difficiles ou même impossibles à reconnaître directement, car on ne peut se servir des appareils qui rendent de si grands services chez l'adulte (*laryngoscopes*). Les principaux symptômes de cette lésion sont l'aphonie et la toux, avec gêne considérable dans la déglutition, celle des liquides surtout.

Commençons donc par la voix : Elle est d'abord voilée, puis enrouée, elle s'affaiblit graduellement, et finit par disparaître complètement sans que l'on puisse savoir pourquoi. L'aphonie doit être alors considérée comme un accident syphilitique dépendant d'une altération du larynx, soit qu'il ne s'agisse que d'un état congestif de cet organe, soit qu'il y ait de véritables ulcérations comme nous le verrons plus loin à propos de l'anatomie pathologique. Pour savoir si l'aphonie est syphilitique, il faut interroger l'état général de l'enfant. On l'observe, en effet, dans les derniers stades de la tuberculisation, sur des enfants affaiblis, épuisés, mais alors le diagnostic différentiel est facile parce qu'il n'y a pas de toux. Il en est de même du refroidissement; car dans ce dernier cas on n'observe presque jamais la pneumonie par l'auscultation, la fièvre, le larmoiement, l'ozène, etc.

En même temps que l'aphonie on observe la toux. Dans beaucoup de cas, c'est une conséquence de l'altération laryngienne ou pulmonaire syphilitique. Cette toux est gutturale, intermittente, quelquefois saccadée ou striduleuse, interrompue, s'exaspérant pendant les cris et les mouvements de déglutition, et elle peut en pareil cas acquérir une telle violence que les enfants prennent la face cyanosée et l'asphyxie devient imminente. Cette toux dans bien des cas paraît être produite par l'irritation exercée par l'air sur le larynx malade ou ulcéré. La maladie peut ainsi se propager aux poumons, y produire de petites

hémorrhagies, des noyaux de pneumonie lobulaire qui à leur tour deviennent une cause de toux.

Avec l'aphonie et la toux, il y a dysphagie. Les enfants rejettent par le nez la bouillie, les liquides ingérés. *Il bambino sbroffa*, nous disent les nourrices. C'est encore aux ulcérations laryngiennes ou à une hyperesthésie de cette région qu'est dû ce phénomène. La syphilis peut encore avoir ulcéré le pharynx ou détruit plus ou moins profondément la partie postérieure du palais.

Alopécie. C'est encore un symptôme qui accompagne très-souvent les plaques muqueuses, les pustules, l'aphonie, la toux gutturale. On ne trouve plus sur la tête de l'enfant qu'un duvet extrêmement fin, qui fait défaut complètement sur certains points, et en particulier dans la région occipitale. En même temps les cils et les sourcils disparaissent presque complètement, comme du reste on l'observe chez le syphilitique adulte. Au moment de la naissance, les cheveux sont en quantité normale, et restent tels jusqu'au moment où se manifestent les accidents syphilitiques, c'est alors qu'ils commencent petit à petit à tomber, avec une plus ou moins grande rapidité; si l'enfant guérit, ils repoussent quelquefois, mais, en général, la calvitie persiste (1).

Citons en dernier lieu la *syphilide squameuse*, qui semble affecter plus particulièrement la moitié inférieure du corps, la *syphilide bulleuse*, forme très-rare, limitée en général à quelques bulles. Je me suis déjà expliqué sur le pemphigus syphilitique des nouveau-nés que j'ai plusieurs fois observé. Viennent enfin les lésions sur lesquelles ont insisté nombre de syphiligraphes, les lésions osseuses

(1) Quoique je n'aie pu m'en convaincre d'une manière bien absolue, il m'a semblé que l'alopécie, très-fréquente dans la syphilis héréditaire, l'est beaucoup moins chez les enfants qui ont contracté la maladie après leur naissance.

et périostiques. Mais n'ayant observé d'altération du squelette que dans l'ozène, et ne voulant exposer ici que les résultats de mon observation personnelle, je n'en parlerai pas, me bornant à dire qu'elles doivent être très-rares, qu'elles sont, en général, précédées par d'autres lésions, et qu'il est extrêmement facile de les confondre avec des altérations scrofuleuses. Avant de terminer ce chapitre, je crois nécessaire de résumer en quelques mots les signes de la cachexie syphilitique, c'est-à-dire de décrire l'état des enfants qui, sous l'influence d'un traitement opportun, ont résisté à cette maladie. Ils ont, en général, la chair flasque, ils ne sont pas toujours amaigris, mais extrêmement débiles. Leur ventre est volumineux et tendu. Vomissements, diarrhée. Un rien les fait tomber malades. On entend un léger souffle au cœur et dans les carotides, ils respirent avec peine surtout après leur repas. Les ganglions lymphatiques se gonflent et suppurent avec une grande facilité. Leurs cheveux sont rares, blonds ou châains, extrêmement fins (il est rare de trouver des cheveux noirs sur un syphilitique). Plus tard ils ne peuvent tenir sur leurs jambes, ils ressemblent à des rachitiques. La peau s'ulcère avec une extrême facilité, et quand ces ulcérations se guérissent la dyspnée augmente. Anxiété, insomnie. Nous avons donc tout l'ensemble de symptômes qui constituent l'état scrofuleux. On pourrait donc dire que la scrofule et la syphilis sont sœurs, si toutefois il n'y a pas une filiation plus directe ainsi qu'on pourra s'en convaincre par les résultats anatomiques que je vais exposer.

Pour être complet, il me faudrait maintenant rapporter toutes les altérations que j'ai rencontrées à l'examen nécroscopique. Mais cette revue anatomique pure et simple ne conviendrait en aucune façon. Car si l'on peut retirer un résultat sérieux de l'anatomie pathologique, elle doit marcher parallèlement à l'observation clinique, autrement

elle perd son principal intérêt. Il m'est donc indispensable de choisir au milieu des nombreuses autopsies que j'ai pratiquées, et de les exposer ici, les faisant précéder d'un résumé des symptômes observés pendant la vie; on pourra vérifier de cette manière l'interprétation que j'ai donnée à certains d'entre eux, dans le courant de ce travail, rattachant l'aphonie aux ulcérations laryngiennes, la toux gutturale à la pneumonie lobulaire, etc....

Je vais donc tout d'abord exposer les résultats de 27 autopsies d'enfants syphilitiques, je reviendrai ensuite sur les diverses lésions qu'ils ont présentées, les comparant avec d'autres qui les peuvent simuler et qu'il est important de savoir reconnaître. Pour être aussi bref que possible, je ne dirai rien des viscères, dont les altérations ont été insignifiantes. Ce sont surtout le larynx, les poumons, le foie, les glandes mésentériques que j'ai trouvés le plus souvent malades. On comprend pourquoi je dois taire et le nom, et le numéro, et la date précise de la mort de ces divers enfants.

I. — Fille de cinq mois treize jours. Entrée à l'hôpital; tombe malade au bout de peu de temps. Petites ulcérations à bords irréguliers, à fond grisâtre recouvert d'exsudations, disséminées ça et là dans la bouche. Ulcérations plus étendues sur la surface cutanée, en particulier vers les fesses. Bulles de pemphigus sur la partie antérieure du thorax. Tubercules plats, ulcérations de la face, du cou, des cuisses. Alopécie.

Amélioration graduelle des lésions externes sous l'influence de l'onguent mercuriel. Mais dyspnée, aphonie, oppression, toux gutturale. Morte le 11^e jour. *Autopsie*: Les lésions cutanées ont presque entièrement disparu. Embonpoint encore assez fort. Ulcère irrégulier, à grand diamètre longitudinal de un centimètre et transversalement d'un demi-centimètre, à bords taillés à pic, siégeant au ni-

veau du ventricule de Morgagni, au-dessous de l'épiglotte, et intéressant l'épithélium et toute l'épaisseur de la muqueuse laryngienne jusqu'au cartilage cricoïde, légèrement dénudé, rugueux.

Au milieu de l'ulcère on trouve un peu de pus mêlé à des mucosités, jusque dans la trachée qui est normale. Hépatisation rouge du lobe inférieur du poumon gauche; sur une coupe on trouve de petites taches puriformes indurées, qu'on pourrait prendre pour de petits noyaux d'hépatisation grise, mais qui sont constituées par des amas hyperplasiques de tissu conjonctif. C'est le premier stade du syphilome. — Rougeur de la muqueuse bronchique qui est recouverte par une humeur puriforme, congestion du foie.

II. — Fille de deux mois et un jour. Ulcérations précédées de bulles à la face, ulcérations au pourtour de la bouche. Langue couverte de cicatrices d'anciennes ulcérations, et excoriations des jambes. Œdème, anxiété, dyspnée.

Au bout de quelques jours nouvelles ulcérations aux pieds, toux gutturale, la dyspnée augmente, la déglutition n'est plus possible. Le lait et les liquides ingérés sont rejetés par les narines avec menace de suffocation. Les symptômes s'aggravent. Mort. *Autopsie* : Putréfaction avancée, le ventre a déjà pris une couleur verdâtre, la surface du larynx est couverte de mucus, surtout sur les cordes vocales au niveau desquelles siègent deux ulcères irréguliers d'un demi-centimètre chacun, intéressant tout l'épithélium et arrivant jusqu'au cartilage qui est à peine touché. Cicatrices vers la partie droite de la base de la langue. Ulcérations couvertes de pus sur la luette et les piliers, s'étendant jusque sur la voûte palatine, qui est dénudée, amincie. La muqueuse nasale présente une couleur ardoisée, recouverte de pus, telle est aussi l'aspect de l'arrière-gorge. Les os du nez, dénudés dans une grande étendue, sont ca-

riés. Hépatisation rouge des deux tiers inférieurs du poumon droit; hépatisation, mais à un moindre degré, du tiers inférieur du poumon gauche. Rougeur et épaissement de la muqueuse des bronches, recouverte d'une couche épaisse de muco-pus. On remarque des points grisâtres analogues à ceux que nous venons de noter. — Du côté du foie, dégénérescence graisseuse commençante.

III. — Garçon d'un mois vingt et un jours. Il présente une ulcération en voie de réparation sur le milieu de la lèvre supérieure, un autre ulcère cutané vers le maxillaire inférieur; tubercules plats et ulcérations de la jambe, des fesses et du scrotum. Cicatrices linguales, voix faible. En quelques jours l'aphonie est complète, les lésions externes se dessèchent et guérissent, mais il survient de la dyspnée, de la toux gutturale; mort. *Autopsie* : Putréfaction de la région abdominale. Émaciation. La langue est couverte de cicatrices; petites ulcérations assez mal définies sur le larynx, dans l'espace compris entre les ventricules, recouvertes de muco-pus; elles se prolongent vers le pharynx qui présente une rougeur très-marquée, avec ramollissement de la muqueuse et ulcération diminuant jusqu'au niveau de l'orifice postérieur des fosses nasales. Congestion des deux poumons vers leur partie postérieure et inférieure. Il n'y a ni hépatisation, ni induration. Une couche de mucus puriforme recouvre la muqueuse bronchique qui est très-rouge.

IV. — Enfant d'un mois et quinze jours. A seulement un érythème rouge cuivre au pourtour de l'anus, de l'aphonie, une extrême maigreur. On ne trouve absolument rien ni dans la bouche, ni sur la face. Mort au bout de quelques jours. *Autopsie* : La putréfaction commence déjà. Ulcération laryngienne très-marquée, de forme ovale, d'un centimètre environ dans son plus grand diamètre, d'un demi-centimètre dans l'autre. Elle occupe les côtés du

ventricule de Morgagni et a presque dénudé le cartilage, elle est recouverte par un pus abondant. On en retrouve presque vers les fosses nasales qui sont saines. Ulcérations à fond blanchâtre entourées d'une zone rouge sur le voile du palais et la partie postérieure du pharynx. Taches rouges, ardoisées, couvertes de pus au centre du palais avec ramollissement et destruction presque complète de la muqueuse. L'os qui commence à se dénuder présente le début d'un processus nécrosique, il est rugueux. Congestion des lobes inférieurs et postérieurs des deux poumons, bronchite très-forte, on fait sourdre du pus épais en pressant les bronches, dégénérescence graisseuse du foie.

V. — Enfant de quatre mois dix-neuf jours. Malade depuis dix jours seulement, présente des plaques muqueuses aux fesses et au menton, de l'alopecie. On le soumet à un traitement mercuriel avec des frictions, qui amènent rapidement la guérison des lésions cutanées, elles sont faites tous les deux jours, et sa nourrice qui prend des pilules de Dzondi continue à le nourrir. Mais après la dixième friction, la respiration devient difficile, il est inquiet, haletant, surviennent des accès de suffocation, toux; à l'auscultation, petits râles abondants en arrière; il étouffe et meurt vingt-huit jours après son entrée à l'hôpital. *Autopsie* : Corps assez amaigri. Alopecie très-notable. Ulcération d'un demi-centimètre sur la muqueuse laryngienne, de forme arrondie, située sur la ligne médiane audessous de l'épiglotte. Pas de suppuration. Rien non plus aux fosses nasales et au pharynx. Trace de pleurésie avec exsudations puriformes dans la plèvre droite. Hépatisation rouge de la base du poumon correspondant, vers sa partie postérieure, légère congestion du poumon gauche dont la plèvre est saine.

VI. — Garçon né d'une mère ayant eu pendant sa grossesse une maladie vénérienne probablement syphiliti-

que. Lorsque je la vis elle présentait des traces de bubons suppurés aux aines. Elle venait de la salle des syphilitiques du grand hôpital, mais niait tout accident aux organes génitaux.

J'interrogeai celui qui l'avait soignée dans cet hôpital, il me dit n'avoir observé que les adénites suppurées, mais qu'il ne lui paraissait pas douteux qu'elle ait eu d'autres lésions aux organes génitaux. Au moment de l'accouchement il restait encore un peu d'induration glandulaire dans les deux aines. L'enfant vint au monde sain, mais avant terme. Il ne présenta pendant cinq jours que du muguet confluent, la peau était marbrée, vergetée, sans éruption bien nette, puis survint de la cyanose, la voix s'affaiblit, la déglutition devint très-difficile et l'enfant mourut dans des convulsions. *Autopsie* : Amaigrissement. Il n'y a pas trace de putréfaction. Ulcération comprenant, non-seulement la muqueuse, mais encore toute l'épaisseur du cartilage du larynx, ne s'arrêtant qu'au périchondre externe. L'ulcération a une forme à peu près circulaire, son grand diamètre a 9 millimètres. Elle est située en avant sur la ligne médiane au-dessous de la corde vocale. Il n'y a presque pas de suppuration. Ça et là dans les lobes pulmonaires on retrouve de petits nodules durs, rougeâtres, ressemblant à de l'hépatisation rouge, ce sont des néoplasies syphilitiques. Du reste tout le poumon et la muqueuse bronchique sont congestionnés.

VII. — Fille de dix-huit jours, extrêmement émaciée. Elle entre avec un érythème rouge cuivreux sur les fesses. L'éruption resta stationnaire pendant quelques jours, l'enfant ne tarda cependant pas à tomber dans le marasme; l'érythème devint pâle, livide, survinrent l'aphonie, les vomissements, la mort. *Autopsie* : cadavre amaigri, pas de putréfaction. Petite ulcération laryngienne située vers la base de l'épiglotte, au-dessus de la corde vocale vers sa

moitié antérieure. Elle intéresse seulement la muqueuse. Rien aux poumons. Le foie est plus volumineux qu'à l'état normal, et présente des marbrures (foie muscade). Rate volumineuse couleur lie de vin, peu friable.

La suite au prochain numéro.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

DES TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ GÉNÉRALE DANS LA PÉRIODE
DE LA SYPHILIS, ET NOTAMMENT DE L'ANALGÉSIE SYPHILITIQUE ;
PAR MOUSTAPHA-FAID, PARIS, AD. DELAHAYE, 1870.

Presque tous les auteurs qui ont traité de la syphilis, depuis son apparition jusqu'à nos jours, ont mentionné certains phénomènes nerveux, comme la céphalée, les névralgies et les douleurs qui se manifestent au début de la période secondaire. Mais, chose remarquable, puisque leur attention était appelée sur ce point, ils n'ont pas vu bien d'autres troubles de la sensibilité analogues par leur nature aux précédents, survenant en même temps qu'eux, et disparaissant de même ; ou, s'ils les ont entrevus, ils ne les ont pas compris : car ils se sont gardés de les attribuer à la syphilis, et ils les ont fait dépendre soit d'une altération simple, non spécifique du sang (chloro-anémie), soit d'un trouble également non spécifique des fonctions nerveuses (hystérie, épilepsie, nervosisme). Est-ce donc à la rareté de ces manifestations nerveuses que tient cette lacune dans l'histoire de la vérole ? Non, car ces phéno-

mènes s'observent fréquemment, surtout chez les femmes syphilitiques, ainsi qu'il est aisé de s'en convaincre à Lourcine.

M. Alfred Fournier, dans ses conférences théoriques et cliniques faites à cet hôpital, a appelé sur cette question intéressante l'attention des pathologistes, notamment dans une excellente leçon des cours de l'année 1869. L'auteur de la thèse que nous étudions était attaché à son service; il a pu poursuivre à loisir l'étude de cette question sur bon nombre de malades, et, s'appuyant sur un chiffre de vingt observations personnelles, il nous a donné un bon mémoire dont nous allons reproduire les parties les plus importantes.

Nous ne pouvons mieux faire que de le suivre pas à pas dans la marche logique qu'il a adoptée; ses observations sont de plus sérieusement critiquées par lui-même, ce qui nous rendra notre tâche d'autant plus facile.

L'auteur débute par un aperçu physiologique sur la sensibilité cutanée. Adoptant la théorie de Beau, il attribue à la peau trois sortes de sensibilité, celle du tact, celle de la température et celle de la douleur. Il serait à désirer que l'on fit toujours précéder les ouvrages ou mémoires sur la pathologie de l'étude anatomique ou physiologique des organes ou des fonctions dont on devra étudier les lésions et les troubles. On limite ainsi mieux son sujet, et, la comparaison entre l'état sain et l'état malade étant nettement établie, l'esprit du lecteur risque moins de s'égarer.

Cela fait, M. Faïd énumère ensuite les différents troubles qui se passent dans le domaine du système nerveux, tout à fait au début de l'infection syphilitique (troubles de la sensibilité, troubles de la motilité, troubles de l'intelligence). Ces accidents peuvent être isolés, disséminés, épars, constituant de simples épiphénomènes; ou présenter par leur ensemble le tableau complet d'une névrose

symptomatique (hystérie ou épilepsie), se manifestant pour la première fois, ou se réveillant et s'aggravant pour un temps sous le coup de fouet que l'infection donne à l'organisme. — Cette partie du travail que nous analysons n'a rien d'original, et l'auteur a eu soin de la faire courte ; elle devait lui servir uniquement en effet à préparer l'esprit du lecteur à l'étude d'autres phénomènes nerveux moins connus.

Étant admis que le virus syphilitique porte sur le système nerveux pour troubler quelques-unes de ses fonctions, il était logique de chercher si tout l'ensemble des fonctions nerveuses n'était pas troublé, et si la sensibilité, qui est souvent exaltée dans la syphilis, n'est pas aussi altérée ou abolie. C'est ce qui a lieu en effet. Sous l'excellente direction de M. Fournier, l'auteur a pu étudier tous ces phénomènes, mais il restreint son travail aux troubles de la sensibilité générale, et surtout à la perte de cette sensibilité. Faisons-lui en passant ce reproche, qu'il n'a étudié l'analgésie que sur la peau et les muqueuses, en oubliant que la sensibilité des muscles et des articulations peut être aussi très-affaiblie. Puisque c'est l'analogie qui l'a guidé dans ses recherches, il aurait dû se laisser conduire par elle plus loin encore, et il aurait fait de nouvelles et intéressantes découvertes. Mais passons ; c'est déjà beaucoup que d'avoir vu tant de choses.

Dans la période secondaire de la syphilis, la sensibilité cutanée peut être exaltée, soit dans toutes ses formes, soit dans l'une d'elles seulement, ce qui constitue l'hyperesthésie ; elle peut être diminuée ou abolie, et on dit qu'il y a anesthésie quand c'est la sensibilité tactile qui est atteinte, analgésie si la sensibilité à la douleur est en cause, enfin la sensibilité peut être modifiée ou pervertie.

L'hyperesthésie cutanée, assez rare dans la syphilis, plus rare que la névralgie, est ordinairement limitée ou accom-

pagnée au voisinage par de l'anesthésie et de l'analgésie. Les muqueuses sont quelquefois hyperesthésiées ; de même aussi les masses musculaires et les tissus péri-articulaires peuvent être le siège de douleurs spontanées ou provoquées depuis longtemps d'ailleurs.

Quelquefois les syphilitiques ont une perversion des sensations ; par exemple ils se plaignent de ressentir du froid dans telle partie du corps qui ne présente au thermomètre aucun abaissement de la température ; ou bien même ayant la fièvre, et leur peau présentant une élévation de température relativement égale partout, telle ou telle partie du corps leur semble plus froide.

Si la sensibilité peut être troublée en plus, elle peut l'être également en moins ; il peut y avoir anesthésie, perte du sentiment de la température, et analgésie. Ces divers troubles se rencontrent isolément ou simultanément sur les syphilitiques, surtout sur les femmes, et on doit à ce point de vue diviser les malades en plusieurs catégories. Dans les cas les plus fréquents, on trouve l'analgésie isolée, avec conservation de la sensibilité au tact et à la température ; puis viennent les cas où l'analgésie est associée à l'anesthésie, sans que la sensibilité à la température soit altérée ; enfin ceux où le malade a perdu le sens de la température et celui de la douleur, avec ou sans anesthésie concomitantes. « De ces divers troubles de sensibilité, comme le fait remarquer M. Fournier, le plus commun est l'analgésie soit simple soit associée quelquefois avec l'anesthésie. » — « Chose curieuse, si l'analgésie se rencontre fréquemment sans anesthésie, la réciproque n'a pas lieu ; il semble que l'anesthésie ne puisse exister seule. » Dans le cas où l'analgésie est accompagnée par l'anesthésie ou la perte de la sensibilité à la température, c'est toujours elle qui apparaît la première ; elle est toujours plus étendue et plus complète que l'anesthésie. La perte du sens de la

température est généralement moindre que celle du tact et de la douleur.

H. GRIPAT,

Interne des hôpitaux de Paris.

REVUE DES SCIENCES MÉDICALES EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER,
PAR M. G. HAYEM.

Qu'il nous soit permis, pour notre modeste mais bien cordiale part, de souhaiter ici la bienvenue au nouveau recueil dont M. le docteur Hayem, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, vient de faire paraître le premier numéro à la librairie G. Masson. Nous nous réjouissons de voir enfin comblée une lacune importante qui existait dans la presse médicale française. Les travailleurs ne possédaient jusqu'à ce jour aucune collection où il fut possible de trouver au complet le mouvement scientifique de tous les pays, et nous étions donc sous ce rapport tributaires obligés de l'Allemagne qui depuis longtemps compte deux journaux de ce genre : le *Schmid's Jahrb.* et le *Cannstatt's Jahrb.* Des dictionnaires, des recueils périodiques, très-bien rédigés d'ailleurs, avaient bien été publiés pour répondre à ces desiderata ; mais comme ils paraissaient seulement à la fin de l'année, il s'écoulait un temps trop considérable entre chaque volume. D'autre part, un journal de cette nature, pour rendre le genre de services qu'on en attend et qu'on lui demande, c'est-à-dire pour renseigner sur toute chose et sur l'heure même, doit être essentiellement une œuvre collective. C'est ainsi du reste que M. Hayem paraît l'avoir compris en confiant à des rédacteurs spéciaux chacune des branches des sciences médicales. Et nous ne saurions trop insister sur ce point : la division du travail, la-

quelle sera un des meilleurs gages de succès du nouveau journal.

Dans le premier numéro, la nécessité de se borner à l'analyse des travaux des trois derniers mois de 1872 n'a, sans doute, pas permis de donner à toutes les parties un développement qui répondît entièrement à l'attente de chaque lecteur, portant naturellement son attention sur ce qui fait l'objet spécial de ses études.

Mais en attendant que ce champ soit aussi vaste qu'il doit l'être désormais, et qu'un succès dès aujourd'hui certain, en ouvrant à l'auteur de nouvelles relations, le mette à même de mériter encore mieux nos éloges, nous faisons notre profit personnel des travaux importants que la *Revue des Sciences médicales* met en lumière, en publiant un extrait que l'on trouvera plus loin à la *Revue des journaux*.

REVUE DES JOURNAUX.

NOTE SUR UN SIGNE DIAGNOSTIQUE DU PHTHIRIASIS (PHTHIRIASIS), PAR TILBURY FOX, DE LONDRES.

L'auteur pense que les dermatologistes américains sont d'accord avec lui pour ramener à deux maladies distinctes (le prurigo et le phthiriasis) les trois degrés de prurigo établis par Willan. Il définit le *prurigo* : une maladie caractérisée par le développement de certaines papules, comme *premiers phénomènes*, et accompagnée de chaleur, de démangeaison, d'une certaine pigmentation, d'un défaut de nutrition de la peau, et dans les cas prononcés d'un état cachectique. L'action de se gratter amène de la con-

gestion folliculaire, de l'eczéma. Ce prurigo varie, en gravité, depuis le « prurigo mitis » de Willan, jusqu'à ce prurigo dans lequel Hebra a trouvé tant de choses.

Par *phthiriasis*, l'auteur comprend une maladie causée par l'action de *pediculi* sur le corps. Ces parasites déterminent une lésion pathognomonique et des symptômes secondaires, à savoir : la formation de « papules prurigineuses » (papules avec une légère écaille de sang à leur sommet, comme on les décrit généralement), et ultérieurement l'ecthyma, l'eczéma, l'urticaire, — tous symptômes dus à l'action du grattage. Ce phthiriasis s'observe à tous les âges, mais principalement dans l'enfance et dans la vieillesse, et constitue ce qu'on appelle vulgairement le « prurigo senilis. » — Après avoir établi ces deux définitions, l'auteur, pour mieux faire comprendre la lésion qu'il a en vue, décrit d'après Schjøde (*Naturhistorisk Tidsskrift*, sér. 3, vol. III, Copenhague, 1864, et *Annals of Natural history*, vol. I, 1867) la manœuvre que fait le pou pour sucer le sang. Il décrit ensuite la façon dont se produit la lésion pathognomonique du phthiriasis. L'appareil à succion du parasite se place dans un follicule pileux et en fait sortir du sang. Le follicule se dilate un peu et, quand l'appareil à succion est plein, le sang déborde et remplit le follicule. Il se produit alors un petit point ou tache, d'abord rouge, et qui noircit ensuite. Cette tache a la dimension d'une tête d'épingle ou celle du point qui surmonte la lettre I en petit caractère — ou bien un peu plus large. Elle ne fait pas saillie et n'est pas mobile à la pression. Elle est constituée par du sang desséché. L'ouverture du follicule est cupuliforme si le parasite a récemment introduit son appareil à succion. Le follicule primitivement dilaté revient à ses dimensions premières. Il ne reste plus qu'une petite écaille de sang qui tombe d'elle-même ou qui peut être arrachée sans laisser après elle aucune trace.

Ces petites taches sont complètement distinctes de celles formées par l'action du grattage ; ces dernières sont plus larges, font saillie, présentent un relief appréciable au toucher et sont entourées par une excoriation irrégulièrement taillée et par de larges écailles de sang. M. Tilbury Fox est parfaitement convaincu que ces petites taches hémorrhagiformes (de la grosseur d'une tête d'épingle ou de celle du point qui surmonte la lettre I en petit caractère) sont aussi pathognomoniques de la présence de poux sur le corps que le sillon de l'acare l'est de la gale. (*The american Journal of Syphilography and Dermatology.*)

DE L'ABSORPTION DE L'ONGUENT GRIS ET DU SUBLIMÉ PAR LA
PEAU INTACTE, PAR J. NEUMANN.

Dans ses recherches, M. Neumann a expérimenté sur l'homme (sur un membre destiné à l'amputation), sur différents animaux (chien, chat, cochon d'Inde, lapin), qu'il a endormis afin de les empêcher de se lécher et afin de pouvoir les baigner dans une solution de sublimé. Il a en outre préservé les voies respiratoires des prétendues vapeurs mercurielles. Il a placé dans le tissu cellulaire sous-cutané et dans les cavités splanchniques des feuilles d'or que la présence du mercure amalgamerait.

Pour suivre le mercure dans la voie qu'il prend pour pénétrer dans le courant circulatoire, l'auteur s'est servi du microscope et des procédés chimiques.

Voici les résultats auxquels il est arrivé :

Quand on frictionne la peau intacte avec de l'onguent mercuriel, des globules de mercure pénétrèrent dans la gaine des poils et de là dans le bulbe pileux. D'autres globules pénétrèrent dans l'ouverture des glandes sébacées (moins

dans celles qui s'ouvrent dans la gaine des poils). D'autres, enfin, pénètrent dans les glandes sudorifères (à leur partie supérieure). L'auteur n'a pas pu découvrir par quelle voie et sous quelle forme le mercure passe de ces points dans la circulation. Le métal, très-probablement, se transforme au contact des liquides des glandes en bichlorure. — Le mercure qui a pénétré dans le sang et dans les organes profonds, par frictions ou par des bains de sublimé, ne peut être décelé que par des procédés chimiques. On le retrouve à l'état de sel de mercure. Ainsi les feuilles d'or placées dans le tissu cellulaire et dans les organes splanchniques ne furent pas amalgamées. Enfin, le mercure ne pénètre pas dans la circulation à travers la couche épithéliale de l'épiderme.

(*Wiener, med. Zeitung*).

Dr COURTAUX.

ÉTUDES CLINIQUES DES ADÉNOPATHIES SYPHILITQUES, PAR
ROBERT CAMPANA, DE NAPLES.

(Suite et fin.)

3^e Adénopathies de la période des gommés.

La syphilis a une tendance manifeste à se généraliser, à attaquer tous les tissus, à devenir en un mot une maladie constitutionnelle. Quand elle a atteint ce but, elle donne naissance à des produits néoplasiques qui, dans certaines circonstances, seront réunis en masse compacte pour former des gommés circonscrites, et qui dans d'autres cas formeront des productions cellulaires diffuses et sans tendance à la destruction ; on les a appelés des gommés diffuses. Quoi qu'il en soit, le travail pathologique a toujours pour point de départ le tissu conjonctif, et c'est le fait de l'existence de ce tissu en grande quantité dans les

ganglions qui amène à formuler cette question : peut-on démontrer l'existence d'une adénopathie gommeuse ? Virchow répond affirmativement en s'appuyant sur des descriptions anatomiques exactes. Voici l'opinion émise par Lancereaux à ce sujet : « Les ganglions de l'abdomen et en particulier des ganglions prévertébraux et lombaires, les ganglions iliaques et fémoraux, sont le plus habituellement atteints dans la syphilis tertiaire. Viennent ensuite les ganglions bronchiques et ceux des médiastins ; les ganglions mésentériques sont plus rarement infectés ; il en est de même de ceux des membres. Souvent cette altération existe sans lésions des organes correspondants. Les caractères nécroscopiques de ces adénopathies sont variables suivant le mode d'altération dont les ganglions sont le siège : s'il y a lésion diffuse de la trame, le ganglion primitivement volumineux revient peu à peu sur lui-même, se colore, s'indure. S'agit-il d'un dépôt gommeux, les ganglions augmentent de volume et prennent une forme arrondie : d'abord d'une consistance ferme, ils sont plus tard mous, caséux et même fluctuants. Y a-t-il hyperplasie des éléments ganglionnaires, le ganglion revêt une apparence particulière, il s'accroît notablement, surtout dans le sens de son plus grand diamètre. Friable, de consistance un peu molle, il présente une surface injectée, de coloration rose ou rougeâtre ou d'un gris jaunâtre. A la coupe, on observe en général la même coloration ; mais au toucher on a la sensation d'une substance médullaire ou caséiforme suivant le degré d'évolution ou d'altération des éléments constitutifs. »

Ces idées sont conformes à celles qui ont été émises par Virchow et par d'autres syphiligraphes. L'auteur se range à cette opinion ; mais, de plus, il croit pouvoir décrire, pour l'avoir observée dans des cas non douteux de syphilis ardivè, une adénopathie gommeuse des ganglions super-

fiels. Il cite quatre observations : la première est intitulée syphilis constitutionnelle, gomme sous-cutanée ulcérée, adénite gommeuse ; la seconde, syphilis constitutionnelle tardive, ostéo-périostite et pharyngite gommeuse ; dans la troisième et la quatrième il s'agit également de syphilis tertiaire avec manifestations gommeuses multiples et ganglionnaires. Renvoyant au livre de Virchow pour l'étude anatomopathologique, l'auteur trace le tableau suivant des symptômes de la maladie : Ordinairement les ganglions sont au début augmentés de volume, durs et mobiles ; ils font une saillie manifeste ; les tissus voisins ne présentent que peu ou pas de réaction inflammatoire. Les ganglions peuvent se guérir et disparaître, mais le plus souvent ils se ramollissent et donnent naissance à une collection de liquide qui s'ouvre à l'extérieur ; dans certains cas ce ramollissement ne se produit que longtemps après le début de l'affection, mais ordinairement le processus ulcéreux qui a envahi le tissu ganglionnaire malade s'étend aux parties voisines, et l'on voit apparaître alors des ulcérations semblables à celles des syphilitides ulcéro-tuberculeuses. Il n'est pas rare de voir persister pendant longtemps un écoulement particulier à travers un trajet fistuleux ; c'est un liquide filant qui peut être mélangé de débris de substance ganglionnaire mortifiée. Les cicatrices qui succèdent à ces diverses lésions sont toujours déprimées et irrégulières à cause des pertes de substance qui les ont précédées : elles ont, au début une coloration rouge vif, plus tard elles deviennent blanches au centre tandis que leur périphérie est toujours pigmentée.

Ces lésions des ganglions coïncident toujours avec d'autres lésions graves de la même nature dans d'autres organes et elles sont l'indice d'un état général grave ;

elles guérissent assez rapidement par le traitement ioduré ou mixte.

4^e De l'état des ganglions lymphatiques dans la syphilis héréditaire.

D'après Lancereaux les ganglions lymphatiques, si fréquemment lésés dans la syphilis acquise, ne sont pas davantage à l'abri des atteintes de la syphilis héréditaire. (*Traité de la syphilis*, p. 554.)

Hutchinson a vu sur un enfant de cinq mois les ganglions bronchiques atteints de lésions semblables à celles de l'adénopathie de la syphilis acquise. Baerensprung rapporte des cas semblables. D'après Lancereaux, les ganglions profonds et surtout ceux de l'épiploon gastro-hépatique et du mésentère seraient atteints de préférence dans la syphilis congénitale.

Toutefois l'auteur apporte des restrictions à cette opinion : dans une autopsie d'un enfant de quelques mois qui présentait une syphilide papuleuse et qui provenait d'une mère sûrement syphilitique, il a trouvé une infiltration considérable des ganglions thoraciques et abdominaux, sans lésions des muqueuses correspondantes ; mais, dans d'autres circonstances, il a observé une altération des ganglions superficiels et, notamment, des ganglions cervicaux (1).

(1) NOTE DU TRADUCTEUR. — Les faits cités par M. Campana pour établir l'existence d'une adénopathie des ganglions superficiels dans la syphilis congénitale ne me semblent ni assez nombreux ni assez concluants. Je n'ai pas fait une assez grande quantité d'autopsies pour pouvoir me prononcer sur l'état des ganglions viscéraux, mais l'examen d'un assez grand nombre d'enfants syphilitiques m'a toujours montré que l'adénopathie généralisée, qui est presque la règle dans la syphilis acquise, n'existe jamais dans la syphilis congénitale. Dans deux ou trois cas seulement, j'ai trouvé un léger gonflement des ganglions inguinaux ; mais il y avait alors des ulcérations profondes de la région ano-génitale ou des membres inférieurs, lésions locales qui suffisaient amplement à expliquer le gonflement ganglionnaire.

5° Adénolymphite-fongueuse.

Cette affection appelée par quelques auteurs bubon strumeux et à laquelle Diday a donné avec juste raison le nom de bubon fongueux, est caractérisée par une inflammation lente d'un ou plusieurs ganglions, avec prédominance de périadénite et d'atrophie du tissu ganglionnaire lui-même.

Les opinions émises par l'auteur sur cette forme d'adénite peuvent être résumées dans les trois propositions suivantes :

1° L'adénite fongueuse se produit sous l'influence de causes prédisposantes, qui sont le plus souvent la syphilis ou la scrofule ou cet état décrit sous le nom de constitution strumeuse, et de causes déterminantes qui sont dues à une irritation produite dans les tissus en rapport avec les ganglions.

2° Cette forme d'adénite n'est jamais spontanée, et en remontant dans les antécédents du malade on trouve toujours une cause appréciable.

3° L'adénite fongueuse inguinale reconnaît souvent pour cause la blennorrhagie ; aussi plusieurs auteurs ont-ils admis un bubon blennorrhagique.

Le bubon fongueux se présente sous la forme d'une tumeur de volume variable, à base large ; la peau qui la recouvre est souvent saine. Un ou plusieurs ganglions peuvent être atteints, et on sent au toucher une masse lisse, dure, élastique, rarement fluctuante. Si la suppuration

Dans les cas au contraire de syphilis acquise observés chez les enfants à la mamelle, on trouve toujours une adénopathie généralisée de même que chez les adultes ; toutefois les ganglions dans le voisinage desquels s'est développé l'accident primitif sont toujours les plus volumineux ; c'est ordinairement à la région sous-maxillaire que siège l'adénite la plus développée, car on sait que chez l'enfant à la mamelle la contagion se fait presque toujours par la muqueuse buccale.

C. M.

se produit, il se forme plusieurs foyers, des décollements plus ou moins étendus et enfin une perte de substance assez large. A l'aîne cette adénite existe indistinctement à droite et à gauche.

Traitement.

Parmi les moyens que l'on emploie dans le traitement de la syphilis constitutionnelle, il faut d'abord s'adresser à l'hygiène, car si l'on n'a pas soin de maintenir le malade dans de bonnes conditions générales, les agents médicamenteux n'ont pas d'action sérieuse. Ordinairement l'iodure de potassium doit être préféré pour le traitement des manifestations ganglionnaires de la syphilis. Les préparations mixtes de mercure et d'iodure de potassium doivent être réservées pour les cas d'adénites syphilitiques inflammatoires et pour les malades qui présentent une bonne constitution.

Dans l'adénite fongueuse on doit employer simultanément les préparations iodées et ferrugineuses et insister sur les conditions d'hygiène et de diététique.

Un traitement est rarement nécessaire dans l'adénite qui se produit avec l'accident primitif; cependant, si les ganglions prenaient un volume trop considérable on emploierait les frictions mercurielles locales, ou la compression au moyen du collodion; et on prescrirait le repos.

Si des signes de suppuration se montrent, on aura recours à l'immobilisation, aux applications locales froides et à une compression méthodique. Les emplâtres de belladone produisent de bons effets dans les cas de suppuration profonde et circonscrite. Au lieu d'ouvrir les abcès de bonne heure il est préférable d'essayer la ponction avec une petite seringue; en général une seule ponction suffit; mais si la suppuration continue et si des fon-

gosités se produisent, on traite cette adénite comme le bubon fongueux.

Dans le traitement de l'adénite de la syphilis constitutionnelle, il faut d'abord chercher à priver le malade de toutes les causes d'irritations locales communes. Si la suppuration se produit, on doit attendre pour faire l'ouverture de l'abcès plus longtemps qu'on ne ferait pour une adénite simple, et n'agir que lorsque la fluctuation est très-manifeste. Ordinairement l'incision suffit; on panserait avec des solutions faibles de sublimé ou de la teinture d'iode si la cicatrisation marchait trop lentement.

Les mêmes indications se présentent dans le traitement de l'adénite gommeuse, qui cède en général aux moyens internes et surtout à l'iodure de potassium. Toutefois dans les cas qui se terminent par ramollissement et qui nécessitent l'incision, il se produit souvent pendant longtemps des fistules et des fongosités qu'on devra attaquer avec des excitants plus énergiques.

Dans l'adénite fongueuse sans suppuration on emploiera successivement la teinture d'iode, les solutions concentrées de nitrate d'argent, les applications de cantharides alternées avec celles d'iodoforme; on pourra aussi combiner l'emploi de l'iode avec celui de la pommade à l'iodure de plomb. Quand la suppuration s'établit on a souvent à combattre les fistules et les décollements, on devra alors recourir à la cautérisation et détruire les tissus dépourvus de vitalité et qui n'ont pas de tendance à la cicatrisation.

C. MADIÉ.

LUPUS ÉPITHÉLIOMATEUX DES EXTRÉMITÉS, PAR W. BUSCH.

Le lupus, envisagé par Rindfleisch comme formé par des adénomes des glandes sudoripares et sébacées, considéré par Virchow comme un tissu de granulations produit aux

dépens du tissu conjonctif et envahissant de la superficie vers les parties profondes, présente une forme épithéliale manifeste, fréquente sur les muqueuses, fréquente aux extrémités, où elle se montre avec des caractères qui la rapprochent de la maladie décrite sous le nom de *Yaws* ou *Frambæsia*.

Tous les sujets atteints de cette affection présentent en quelque autre point du corps la forme ordinaire (à bourgeons) du lupus. — La lésion elle-même siège plutôt sur le côté de l'extension que sur celui de la flexion; elle consiste en une énorme accumulation d'épiderme corné au-dessus des papilles hypertrophiées. Tantôt cet épithélium corné paraît s'opposer au développement du mal, tantôt il est expulsé; la néoplasie épithéliale prend alors des proportions énormes, les saillies papillaires se ramifient, forment de véritables végétations en choux-fleurs; enfin la production d'épithélium peut gagner jusqu'aux tissus sous-jacents, les envahir et les remplacer en partie. Les cellules épithéliales ainsi formées peuvent se réunir en globes épidermiques qui feraient croire à l'existence d'un épithélioma, si l'on n'était averti.

Quand l'affection est limitée, elle peut néanmoins donner lieu à des mortifications plus ou moins profondes, et la guérison, toujours très-tardive, laisse, vu le siège de la maladie, les fonctions très-compromises par la cicatrice.

Si la maladie gagne en surface, on voit survenir un œdème éléphantiasique par compression des vaisseaux; — aux doigts et aux orteils, les végétations épithéliales produisent une syndactylie acquise et les déformations les plus bizarres.

Jamais les ganglions lymphatiques correspondant à la région ne se prennent.

Enfin au point de vue de la marche, du pronostic et du traitement, il faut faire remarquer que :

1° La guérison est très-longue à obtenir;

2° Elle ne s'opère sans récidive que si la disposition générale de l'économie qui dispose à la maladie a disparu;

3° Le lupus des extrémités ne met pas directement la vie en danger;

4° Le traitement local consiste en frictions et lotions alcalines, pour enlever l'épiderme corné, et dans l'emploi consécutif des caustiques et des astringents. (*Archiv. für klinische Chirurgie*, XV^e vol., 1^{re} livraison, 1872, et *Revue des sciences médicales en France et à l'étranger*, n° 4, 1872.)

HYDRATE DE CHLORAL DANS L'ECZÉMA CHRONIQUE.

Un correspondant du *Boston medic. and surg. journ.* affirme s'être bien trouvé, pour lui et ses malades, de l'usage d'hydrate de chloral en solution dans l'eczéma chronique : hydrate de chloral, 4 à 8 gr., eau, 500 gr.; en applications deux ou trois fois par jour.

COLLODION DANS LE ZONA.

Le Dr Wesley M. Carpenter recommande beaucoup le collodion contre les douleurs brûlantes, si intenses et si tenaces, du zona. La douleur, dans un grand nombre de cas, diminue ou même cesse comme par enchantement. (*Med. Record.*)

(*Tribune médicale*, 1873, 12 janvier.)

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

Archiv für Dermatologie und Syphilis, 1872, n^{os} 3 et 4.

3. — De l'anatomie du Xanthoma palpebrarum, par E. Geber et O. Simon.

Sur la syphilis du cerveau et du système nerveux, par A. Ljunggrén.

Le condylome large, par W. Petters.

Observations sur le service des varioleux de l'hôpital général de Hambourg, par Knecht.

La petite vérole dans le sud de l'Australie, par Rochlitz.

Favus chez les souris, par Th. Simon, de Hambourg.

La syphilis en Italie. Fragment détaché d'un carnet de voyage, par v. Sigmund.

4. — Caractères propres au virus syphilitique, par W. Boeck et A. Scheel.

Sur la nature du rhinosclerom. Étude clinico-histologique, par E. Geber.

Rapport sur l'hôpital des varioleux de Hambourg, du mois d'août 1871 au mois de février 1872, par Scheby-Buch, de Hambourg.

Syphilis viscérale, par Th. Simon, de Hambourg.

Sur l'exanthème prodromique de la variole, par Th. Simon, de Hambourg.

Cas de syphilis à marche rapide, par Mandelbaum.

Sur l'usage interne de l'acide phénique dans quelques formes de maladies de peau, par E. Güntz.

ANNALES
DE
DERMATOLOGIE
ET DE
SYPHILIGRAPHIE

I

NOTE SUR L'EMPLOI DU SILICATE DE SOUDE DANS
QUELQUES AFFECTIONS VÉNÉRIENNES, par le
docteur M. SÉE, Chirurgien des hôpitaux de Paris.

Dans la séance du 13 novembre 1872, mon collègue et ami M. Dubreuil a communiqué à la Société de chirurgie un fait dans lequel, s'inspirant des recherches de M. Dumas et de MM. Rabuteau et Papillon sur les propriétés antiseptiques et antifermentescibles de divers sels de soude, en particulier du borate et du silicate, il avait employé ce dernier en injections vésicales chez un malade affecté d'hypertrophie de la prostate avec urines purulentes et ammoniacales, et en avait obtenu d'excellents effets.

Cette communication me donna l'idée, ainsi qu'à mon interne, M. Gontier, de soumettre à l'usage externe du silicate de soude quelques malades de mon service à l'hôpital du Midi, et les premiers résultats que nous obtînmes furent assez avantageux pour que MM. Rabuteau et Papillon,

qui en eurent connaissance, crussent pouvoir les invoquer en leur faveur dans une communication qu'ils firent, peu de temps après, à l'Académie des sciences (1).

Ces résultats ne pouvaient que nous encourager à poursuivre nos essais, qui furent continués sans interruption jusqu'au 25 décembre 1872, époque à laquelle je quittai l'hôpital du Midi pour prendre le service de chirurgie de l'hôpital Sainte-Eugénie.

Les faits que j'ai pu recueillir avec M. Gontier, pendant ces six semaines, sans être très-nombreux, m'ont cependant semblé assez probants pour que j'aie cru utile de les publier, afin d'appeler l'attention sur un médicament qui se recommande à la fois par la modicité de son prix, la facilité et l'innocuité de son emploi, et par la sûreté et la promptitude de son action.

Nos observations ont porté surtout sur deux catégories de malades, les uns affectés de blennorrhagie aiguë ou chronique, avec ou sans orchite, les autres de chancres et la verge, avec phimosis inflammatoire. On sait que cette complication des chancres est des plus fâcheuses; elle rend le traitement difficile et incertain, en raison de l'impossibilité où l'on se trouve de découvrir les parties malades et par suite d'y porter les agents médicamenteux. En outre, la stagnation, malgré les lavages répétés, d'un pus virulent et facilement inoculable, peut augmenter l'étendue des désordres et en créer de nouveaux. De tous les topiques employés dans ces circonstances, le meilleur est, sans contredit, le nitrate d'argent employé en injections à la dose de

(1) Quinze jours environ après la communication de MM. Rabuteau et Papillon, je reçus d'un de mes anciens condisciples, le Dr S., actuellement praticien distingué dans une localité d'Alsace, une lettre dans laquelle il m'apprenait qu'un de ses clients, magistrat retraité, atteint depuis de longues années d'une cystite purulente, tenant à de la gravelle urique, s'était, d'après les conseils de son médecin, soumis aux injections silicatées, et avait vu, à sa grande joie, ses urines couler claires et limpides après la sixième injection.

2 grammes pour 100 grammes d'eau ; on répète ces injections six ou huit fois par jour.

Mais ce mode de traitement, outre qu'il est assez dispendieux, a deux inconvénients graves : les injections de nitrate d'argent sont très-douloureuses et elles produisent presque toujours, pour peu qu'on soit forcé de les continuer quelque temps, ce qui est le cas ordinaire, une constriction du prépuce et une sorte d'induration fibreuse qui rendent le phimosis permanent et forcent ensuite le malade à subir une opération. Rien de semblable avec le silicate de soude.

Dans la blennorrhagie aiguë, les injections avec le silicate de soude sont fort peu douloureuses, beaucoup moins même que celles de sulfate de zinc, employées à la même période. Je ne parle pas de celles de nitrate d'argent.

Dans plusieurs cas, les chancres que nous avons eu à soigner avaient un caractère phagédénique ; nous n'avons pas cru devoir en faire une catégorie à part, dans le relevé que nous donnons plus bas. Mais, dans tous ces cas, l'influence de la solution a été rapide et manifeste.

Quant à la dose du médicament, elle a varié, suivant l'acuité des phénomènes inflammatoires, entre 1 gramme et 3 grammes de silicate de soude pour 100 grammes d'eau distillée. Jamais il n'est survenu le moindre accident pouvant être imputé au médicament.

Il ressort évidemment de nos observations que le traitement des blennorrhagies aiguës ou chroniques, celui des chancres mous ou indurés, accompagnés ou non de phimosis ou de paraphimosis, est notablement abrégé par l'usage de la solution de silicate de soude. Nous ne voyons pas quelle contre-indication pourrait s'opposer à son emploi.

Voici, du reste, un résumé de nos observations, indiquant la dose du médicament et la durée du traitement dans chaque cas particulier. Nous avons laissé de côté quel-

ques faits dans lesquels les malades ont quitté l'hôpital avant d'être guéris complètement.

Nos	AGE des MALADES.	NATURE de la MALADIE.	TRAITEMENT antérieur.	TRAITEMENT avec le SILICATE DE SOUDE.	OBSERVATIONS.
1	Id. 37 ans.	Blennor- rhagie aiguë.	Copahu pen- dant un mois sans amélioration.	3 injections par jour à 2 p. 0/0.	Malade depuis 5 se- maines, guérison en 12 jours.
2	Vin. 20 ans.	Id.	Nul.	3 injections par jour à 1 p. 0/0.	Malade depuis 5 jours, guérison en 8 jours.
3	Cour. 20 ans.	Id.	»	3 injections par jour à 2 p. 0/0.	Malade depuis 1 mois, guérison en 13 jours.
4	Dauv. 25 ans.	Id.	»	3 injections par jour à 1 p. 0/0.	Malade depuis 1 mois, guérison en 8 jours.
5	Haers. 20 ans.	Id.	»	3 injections par jour à 2 p. 0/0.	Malade depuis 8 jours, guérison en 14 jours.
6	Dum. 30 ans.	Id.	»	3 injections par jour à 2 p. 0/0.	Malade depuis 10 se- maines, guérison en 9 jours.
7	Barb. 36 ans.	Id.	»	3 injections par jour à 3 p. 0/0.	Malade depuis 4 mois, guérison en 13 jours.
8	Dup. 24 ans.	Blennor- rhagie avec orchite.	»	3 injections par jour à 1 p. 0/0.	Malade depuis 2 mois, guérison en 8 jours.
9	Tess. 27 ans.	»	»	3 injections par jour à 1 p. 0/0.	Malade depuis 1 mois, guérison en 16 jours.
10	Tonil. 28 ans.	Blennor- rhagie avec orchite.	»	3 injections par jour à 1 p. 0/0.	Malade depuis 6 se- maines, guérison en 6 jours.
11	B. 22 ans.	Id.	»	3 injections par jour à 2 p. 0/0.	Malade depuis 4 mois, guérison en 14 jours.
12	Pos. 35 ans.	Id.	»	3 injections par jour à 2 p. 0/0.	Malade depuis 6 se- maines, guérison en 11 jours.
13	Hof. 23 ans.	Id.	»	3 injections par jour à 2 p. 0/0.	Malade depuis 4 mois, guérison en 9 jours.
14	Thi. 23 ans.	Blennor- rhagie chronique.	»	3 injections par jour à 1 p. 0/0.	Malade depuis 3 mois, guérison en 13 jours.
15	Mul. 20 ans.	Id.	»	3 injections par jour à 3 p. 0/0.	Malade depuis 3 mois, guérison en 11 jours.

N ^o	AGE des MALADES.	NATURE de la MALADIE.	TRAITEMENT antérieur.	TRAITEMENT avec le SILICATE DE SOUDE.	OBSERVATIONS.
16	Touz 21 ans.	Id.	Nul.	3 injections par jour à 3 p. 0/0.	Malade depuis 9 mois, amélioration notable en 13 jours.
17	H. 29 ans.	Id.	"	3 injections par jour à 4 p. 0/0.	Malade depuis 2 mois guérison en 10 jours.
18	Mel. 33 ans.	Chancres avec phimosis.	"	3 injections par jour à 3 p. 0/0.	Malade depuis 3 mois, guérison en 20 jours.
19	Verpl. 19 ans.	d.	"	3 injections par jour à 1 p. 0/0.	Malade depuis 1 mois, guérison en 7 jours.
20	Pasq. 32 ans.	I .	"	3 injections par jour à 3 p. 0/0.	Malade depuis 3 se- maines, guérison en 22 jours.
21	Colt. 17 ans.	Id.	"	3 injections par jour à 1 p. 0/0.	Malade depuis 8 jours, guérison en 22 jours.
22	Bab. 20 ans.	Id.	Injections au nitrate d'argent pen- dant 15 jours sans résultat.	3 injections par jour à 1 p. 0/0.	Malade depuis 1 mois, guérison en 17 jours.
23	Duv. 39 ans.	Chancres mous avec paraphimosis	Nul.	Charpie trempée dans une solution à 1 0/0 et laissée en perma- nence sur les par- ties malades.	Malade depuis 7 jours, guérison en 13 jours.
24	Camp. 21 ans.	Id.	"	Charpie trempée dans une solution à 30 0.	Malade depuis 1 mois, guérison en 35 jours.
25	Gau. 31 ans.	Chancre induré.	Vin aromatique pendant un mois.	Charpie trempée dans la solution à 3 0/0.	Malade depuis 1 mois. Ce chancre avait 3 centimètres de long sur 1 de large. La guérison a été ob- tenue en 18 jours.
26	Roud. 31 ans.	Chancre mou et bubon.	"	Injections dans le bu- bon 3 fois par jour avec la solution à 1 0/0.	Malade depuis 3 se- maines, guérison en 24 jours.

Il serait oiseux de rapporter ici en détail toutes ces observations; nous ne ferons une exception que pour les trois suivantes, qui nous ont semblé assez intéressantes et qui

permettront de juger des autres. Ces observations sont inscrites dans le résumé sous les numéros 5, 24 et 25.

I^{re} Observation (n° 22 du résumé).

Le nommé *Babut* (Pierre), journalier, âgé de trente ans, entre à l'hôpital du Midi le 9 novembre 1872 ; il est couché au numéro 44 de la salle 12.

Il y a trois ans, ce malade a eu une blennorrhagie avec orchite droite.

En janvier 1872, il entre à l'hôpital de Limoges pour un chancre; il y reste un mois : on le traite par les pilules de Ricord, l'iodure de potassium, les bains de sublimé.

A son entrée à l'hôpital, on constate :

Phimosis inflammatoire; duretés à la face interne du prépuce; écoulement purulent très-abondant par le limbe; adénopathie biinguinale; plaques muqueuses sur le scrotum et à la face interne des cuisses. Roséole papuleuse très-marquée sur le tronc, surtout à la face antérieure. Adénite cervicale postérieure, alopecie, croûtes impétigineuses sur le cuir chevelu; plaques muqueuses sur la luette et les piliers du voile du palais; plaques muqueuses à la commissure gauche des lèvres.

Traitement. — Deux cuillerées de solution albumineuse de sublimé; vin de quinquina. Faire entre le prépuce et le gland des injections fréquentes avec la solution de nitrate d'argent (2 grammes pour 100 grammes d'eau distillée).

Le 23 novembre, les injections n'ont amené aucune amélioration; le phimosis persiste; l'écoulement est toujours aussi abondant. On prescrit alors au malade de faire, trois fois par jour une injection avec la solution suivante : 1 gramme de silicate de soude pour 100 grammes d'eau.

Au dire du malade, les injections ne sont pas doulou-

reuses, elles ne produisent qu'une légère cuisson, qui disparaît très-rapidement.

Le 10 décembre, le malade sort de l'hôpital; le phimosis a disparu, les ulcérations sont cicatrisées.

II^e Observation (n° 24 du résumé).

Campestrognnet (Paulins), chiffonnier, entre à l'hôpital le 20 novembre 1872; il occupe le n° 27 de la salle 11.

Il est malade depuis un mois.

A l'examen, on constate :

Chancres mous dans la rainure et sur le frein; paraphimosis; un peu au-dessus de la base du gland, étranglement circulaire au fond duquel on voit une ulcération qui fait le tour de la verge; le reste du fourreau, jusqu'au pubis, est le siège d'un œdème considérable.

Traitement. — Lotions répétées et fomentations d'eau de guimauve pendant 3 jours; l'inflammation un peu apaisée, on panse les ulcérations avec de la charpie trempée dans une solution de silicate de soude à 3 p. 0/0 et souvent renouvelée.

Le 27 décembre, le malade sort de l'hôpital complètement guéri.

III^e Observation (n° 25 du résumé).

Le nommé Gauthier (Aristide), âgé de trente et un ans, est couché au n° 11 de la salle 11. Il est entré le 11 décembre 1872.

Malade depuis un mois.

A l'examen, on trouve sur la face interne du prépuce et à gauche du frein un chancre de 3 cent. de long sur 1 cent. de large; ce chancre présente une légère induration et les caractères du phagédénisme.

Depuis un mois, le malade le panse avec du vin aromatique, mais inutilement: le chancre s'agrandit tous les jours.

Dans l'aîne droite, petits ganglions; dans l'aîne gauche, ganglion de la grosseur d'un marron, non douloureux; ganglions cervicaux postérieurs.

Traitement. — Charpie trempée dans une solution de silicate de soude à 3 p. 0/0 et maintenue en permanence sur le chancre.

Le 24 décembre, le chancre a considérablement diminué.

Le 30 décembre, le malade sort de l'hôpital complètement guéri.

(Observations recueillies par A. Gontier, interne des hôpitaux.)

II

DES OPTHALMIES PROFONDES DE LA SYPHILIS DANS LA PÉRIODE SECONDAIRE.

(Extrait d'une leçon professée à l'hôpital de Lourcine par le Dr Alfred FOURNIER, médecin des hôpitaux, professeur agrégé de la Faculté.)

..... Après avoir décrit l'iritis et la kératite secondaires, il me reste actuellement, messieurs, à vous parler des ophthalmies profondes.

Beaucoup plus complexes et moins bien définies sont les lésions syphilitiques qui affectent les *membranes profondes* de l'œil. Celles-ci, d'une part, sont d'une recherche souvent difficile et délicate. D'autre part, elles ne sont que rarement simples; le plus souvent elles intéressent à la fois plusieurs de ces membranes, ce qui en rend le diagnostic d'autant plus ardu, d'autant plus embarrassant.

Essayons toutefois de déterminer les caractères propres à ces lésions, en examinant tout d'abord chacune d'elles sous sa forme la plus simple.

I. — La plus fréquente est la *choroïdite*, dont nous allons parler en premier lieu.

Moins commune assurément que l'iritis, la choroïdite spécifique ne laisse pas de se présenter à l'observation sur un certain nombre de malades. Chaque année nous en fournit bien ici une demi-douzaine de cas en moyenne.

C'est là par excellence, messieurs, une affection sur laquelle il importe d'être bien édifié en pratique, vu son extrême gravité, vu les lésions irréremédiables auxquelles

elle expose. Méconnue à son origine, non enrayée dans sa marche, elle peut aboutir à une cécité absolue.

Cliniquement, elle se caractérise de la façon suivante :

1° Comme *troubles fonctionnels* : *amblyopie* lente, mais progressive; *brouillard* devant les yeux; *mouches volantes*; *scotomes*.

Le trouble le plus habituel dont se plaignent les malades dans cette affection est l'existence d'un « brouillard devant les yeux », brouillard qui rend la vision plus ou moins confuse, et qui, d'abord léger, devient bientôt assez intense pour empêcher de lire, de coudre, etc. M. Galezowski, qui a étudié avec un remarquable talent le sujet dont nous parlons, croit même que ce brouillard présente quelque chose de tout à fait spécial. « C'est, dit-il, un nuage plus ou moins épais, en forme de toile d'araignée, remuant constamment devant les yeux. Sur cette toile les malades distinguent de nombreux points et taches noirs... Le trouble de la vue qui en résulte est des plus gênants. Les malades s'aperçoivent que les contours s'effacent de plus en plus; ils voient quelquefois comme à travers un courant d'air échauffé par un foyer lointain. D'autres se plaignent de voir les objets couverts d'une espèce de dentelle ou de guipure fixe; pour quelques-uns, il y a constamment de la poussière dans l'air, etc... »

Il va sans dire que ces troubles de la vue dépendent surtout du siège occupé par les lésions. Ils sont d'autant plus marqués que ces lésions se rapprochent davantage du pôle postérieur de l'œil.

2° Comme signes ophtalmoscopiques : 1° *Troubles et flocons du corps vitré*; — 2° *apparence nuageuse de la papille*; — 3° parfois, *exsudats choroïdiens*.

A coup sûr, le fait le plus frappant et le plus caractéristique de la maladie, c'est le *trouble des milieux profonds de l'œil*. Ce trouble est tel, en bon nombre de cas, qu'on a

grand'peine à distinguer l'image fournie par le miroir. Aussi, malheur au novice en ophtalmoscopie qui tombe sur un œil affecté de choroïdite syphilitique; armé des meilleurs instruments, il ne distinguera rien, il n'arrivera pas à reconnaître le fond de l'œil. J'en parle par expérience. Ayant eu la mauvaise chance de rencontrer ici, comme premiers sujets d'étude, des malades affectés de choroïdites ou de choroïdo-rétinites, je me suis souvent désespéré de mon inhabileté, jusqu'à ce que mes insuccès mêmes m'eussent appris ceci : que la choroïdite spécifique est une des affections les plus difficiles à observer, une des affections où il est le plus difficile d'apercevoir le fond de l'œil. Tenez-vous donc pour avertis, messieurs, et quand, en pareille occurrence, procédant comme il convient à l'examen de l'œil, vous *verrez trouble* dans cet œil, n'accusez ni votre inexpérience, ni votre lentille; ne vous en prenez qu'à la maladie, qui ne vous permet pas de mieux voir, parce qu'elle a pour essence de rendre *nuageux* des milieux transparents.

Ce nuage qui masque le fond de l'œil, où réside-t-il? Dans le corps vitré, de toute évidence. Mais quels éléments le produisent? Je n'en sais rien, et je crois pouvoir dire que personne n'en sait rien encore (1). Souvent, en effet,

(1) « Quelle peut être la cause du trouble apparent du fond de l'œil, lorsqu'il n'y a point de flocon visible dans le corps vitré? La réponse à cette question est très-difficile, et les recherches microscopiques n'ont point été faites en quantité suffisante sur les yeux atteints de syphilis pour qu'on soit en état de se prononcer définitivement à cet égard. Il est le plus probable que c'est la *membrane hyaloïdienne* qui devient opaque dans son segment postérieur. Cette opacité se rencontre, en effet, quelquefois sur les yeux des cadavres. Chez un sujet syphilitique, je fus frappé de voir la membrane hyaloïdienne plus opaque d'un côté que de l'autre. D'autres faits analogues m'ont confirmé dans cette manière de voir, et j'ai pu depuis me convaincre que cette membrane se trouve en effet bien souvent altérée et opaque par suite de l'affection syphilitique. » — GALEZOWSKI.

on ne distingue dans le corps vitré aucun flocon, aucune exsudation qui puisse en troubler la transparence. D'autres fois, et généralement à une époque un peu avancée de la maladie, on aperçoit à l'éclairage direct du miroir des flocons plus ou moins nombreux qui semblent nager dans l'humeur vitrée. Ces flocons se présentent sous forme « de filaments très-fins, constituant une espèce de toile d'araignée qui se déplace en tous sens, se plie et se replie sur elle-même dans les mouvements de l'œil. » Quelquefois encore ce sont « comme des cheveux entortillés ou des grains de poussière qui remplissent le corps vitré (1). »

Aussi, examinée à travers ce milieu trouble, la papille optique se présente-t-elle *nuageuse* et comme *voilée*. Cela devait être et cela est. On croirait, en voyant la papille sous cet aspect, l'apercevoir à travers une lentille sale et dépolie. Elle fait l'effet, comme on l'a dit très-justement « *de la lune voilée par un nuage.* » — Pour certains ophtalmoscopistes, cette apparence nuageuse de la papille serait un signe des plus importants, voire même un signe pathognomonique de la maladie.

Dans la plupart des cas, surtout à une époque voisine du début, le trouble du corps vitré et l'aspect nuageux de la papille sont les seuls signes que l'on perçoive à l'ophtalmoscope. Tout au plus arrive-t-on avec difficulté à reconnaître sur le fond de l'œil quelques altérations de couleur, quelques modifications de teinte auxquelles les plus habiles seuls peuvent rattacher une signification diagnostique. Plus tard seulement, on distingue sur la choroïde de véritables *taches*. Ces taches sont habituellement petites, dissé-

(1) Galezowski, *Traité des maladies des yeux*; Paris, 1872. — Une partie des descriptions qui vont suivre est empruntée soit à ce livre, soit à l'excellent mémoire que le même auteur a présenté à l'Académie de médecine sous le titre suivant : *Etudes sur les amblyopies et les amauroses syphilitiques*. (Séances du 23 février 1869.)

minées, disposées en groupes blanchâtres ou grisâtres. Elles occupent tantôt le pôle postérieur de l'œil, tantôt les parties périphériques. Ce sont là ou bien des taches d'*atro-
phie choroïdienne*, résultant de la résorption *in situ* des cellules pigmentaires, ou bien des *exsudats*. Leur teinte blanche est parfois relevée et rendue plus apparente par ce fait qu'à leur voisinage ou même à leur contour existent de petits amas pigmentaires noirs comme du charbon.

Sur trois malades, que j'ai observés avec MM. de Wecker et Galezowski, j'ai vu d'une façon non douteuse la choroïde couverte de petites taches blanches confluentes, arrondies, semblables à de fines mouchetures, et *disposées les unes par rapport aux autres en demi-lune, en fer à cheval*. On eût dit une syphilide cerclée du fond de l'œil. Je crois que, sans exagération, on pourrait donner à cette forme de la maladie le nom de *syphilide choroïdienne circinée*.

Telle est, d'une façon sommaire, la choroïdite syphilitique, envisagée seulement dans ses symptômes les plus essentiels, dans ses formes les plus communes.

Traitée à temps et par des moyens énergiques, la maladie, lorsqu'elle n'a pas dépassé ce degré, peut être enrayée dans son développement et guérir. Abandonnée à elle-même, au contraire, elle ne fait que s'accroître. Les troubles visuels deviennent de plus en plus accusés; la vue s'affaiblit, lentement il est vrai, mais progressivement. Des complications se produisent, complications que nous étudierons bientôt, et, finalement, le mal peut aboutir à la perte absolue de la vision.

C'est assez vous dire, messieurs, si nous sommes ici en présence d'une affection grave. La choroïdite, en effet, est la plus redoutable des ophthalmies secondaires; et elle

est redoutable à divers titres, de plusieurs façons que je voudrais vous faire bien comprendre.

Elle est redoutable, d'abord, *par son apparence même de bénignité*. Elle ne fait pas souffrir, d'une part, et cette absence de douleurs ne manque pas de rassurer les malades, toujours enclins à juger de la gravité d'un mal par le degré de souffrance qu'ils en éprouvent. — D'autre part, c'est une affection à *marche lente*, qui, en général du moins, procède sourdement, ne trouble la vue que peu à peu, d'une façon progressive. Enfin, et ceci est plus insidieux encore, elle est *susceptible d'améliorations spontanées*, pendant lesquelles les troubles de la vue, sans disparaître complètement, s'amendent d'une façon surprenante. Ces améliorations, il est vrai, sont toujours suivies de rechutes, mais elles ne laissent pas d'inspirer aux malades soit une sécurité trompeuse, soit, ce qui est pis encore, une confiance imméritée en certains remèdes inertes, en certaines médications absolument illusoires. — Incidemment, n'omettons pas de dire que parfois la maladie procède de la sorte par une série de crises amblyopiques ou presque amaurotiques, survenant d'une façon plus ou moins brusque, et alternant avec des stades où la vue se rétablit spontanément d'une façon passagère (Galezowski).

Mais ce qui plus encore constitue le danger de cette choroïdite, c'est sa tendance aux *complications*. Sans parler de l'iritis et de la névrite optique qui peuvent s'ajouter à elle, presque fatalement la choroïdite est amenée à se transformer en *rétino-choroïdite*. Les altérations, en effet, qui se produisent dans le tissu de la choroïde ne peuvent exister longtemps sans retentir sur le tissu délicat de la rétine, sans irriter, sans comprimer cette dernière membrane, sans provoquer des adhérences, sans aboutir, en un mot, à des lésions rétinienues. Aussi la rétine, à un moment donné, arrive-t-elle toujours à se prendre, et de là pour la

vision un péril imminent. Mais n'anticipons pas sur les résultats possibles de cette association pathologique, dont je vous parlerai en temps et lieu. Pour l'instant, mentionnons simplement la choroïdo-rétinite comme aboutissant naturel, habituel, de la choroïdite, et comme terme ultime à redouter.

II. — Poursuivant l'étude des lésions simples que peut déterminer la syphilis sur le fond de l'œil, nous arrivons à celles qui intéressent les éléments les plus essentiels de la vision, c'est-à-dire le nerf optique et la rétine.

Ici, une division est nécessaire, car tantôt ces lésions se portent sur le nerf optique ou sur la rétine exclusivement, et tantôt elles s'associent pour constituer une névro-rétinite. Le seul moyen de se rendre un compte exact de ces lésions délicates, complexes et d'un diagnostic parfois très-difficile, est de les envisager d'abord sous leurs formes simples, comme je vais essayer de le faire.

1° *Névrite optique.* — La syphilis peut affecter exclusivement le nerf optique sans intéresser aucune autre membrane, aucune autre partie constituante du globe oculaire. On dit même que parfois elle ne touche qu'au périnèvre de ce nerf (périnévrite), en respectant les éléments nerveux.

Il est assez rare qu'elle existe seule; le plus habituellement elle ne fait que coïncider avec des lésions voisines, telles qu'iritis, choroïdite, rétinite, etc.

Dans la plupart des cas elle est et reste mono-oculaire; quelquefois, cependant, elle envahit les deux yeux.

En quelques mots, sa caractéristique est la suivante :

1° Comme troubles fonctionnels : affaiblissement considérable de la vue, survenant d'une façon rapide et pouvant aboutir à l'amaurose; — photophobie, surtout au début; — photopsie, chromopsie, etc.;

2° Comme signes ophtalmoscopiques : *contours de la*

papille mal circonscrits, ou même impossibles à circonscrire. (C'est là le signe majeur, le signe frappant.) Quand on regarde une papille affectée de la sorte, on ne la distingue que confusément; on ne voit pas où elle s'arrête; elle semble n'avoir plus de bords, de circonférence; son contour effacé se fusionne insensiblement avec les parties voisines; parfois même on *devine* la papille plutôt encore qu'on ne la voit, et l'on n'en retrouve la place que grâce à la convergence des vaisseaux vers un centre commun; — parfois encore, comme signes d'importance moindre, capillaires optiques congestionnés; — vaisseaux rétinienstortueux, etc.; — petites apoplexies périphériques, etc.

Cette névrite optique dure peu, en général, à l'état de lésion isolée. Presque toujours elle aboutit après un certain temps à se compliquer de rétinite ou même de choroïdite.

2° Rétinite. — Plus fréquente et beaucoup plus importante que la névrite optique, la rétinite se présente parfois à l'observation comme lésion exclusive. Le plus habituellement, toutefois, elle est associée à d'autres localisations morbides, qu'elle accompagne ou qu'elle suit, telles que l'iritis et la choroïdite.

Elle n'affecte qu'un œil en général; mais il n'est pas rare que, coïncidemment, l'autre œil offre quelque altération vers l'iris, la choroïde ou le nerf optique.

Le plus communément, elle débute d'une façon assez lente, par un affaiblissement graduel de la vue. En d'autres cas plus rares, il se produit des troubles visuels plus ou moins rapides, quelquefois même subits, comme sur un malade que j'observe en ce moment, et qui, d'un jour à l'autre, fut pris d'une cécité presque complète.

Confirmée, la maladie se caractérise sommairement comme il suit :

1° Troubles fonctionnels : *affaiblissement marqué et progressif de la vision* ; — *photopsie* ; — *photophobie* ; — *cécité partielle des couleurs*.

Quelques détails sur ces divers phénomènes.

Au début, la vision centrale n'est qu'affaiblie, et les malades peuvent encore lire les nos 4 et 5 de l'échelle typographique. Plus tard, l'acuité visuelle baisse de plus en plus, et c'est à peine si de très-gros caractères peuvent être distingués. — Parfois encore, la vue est éteinte sur un point et conservée sur un autre ; ainsi, les yeux fixés sur un livre, le malade lit un mot, mais ne voit pas le suivant, ou ne peut même lire que la moitié d'un mot, l'autre moitié semblant couverte d'une tache opaque.

Autre phénomène important, dont se plaignent les malades et qui les tourmente à chaque instant du jour : vision d'objets colorés, lumineux (éclairs, globes étincelants, feux d'artifice, etc.). — Une malade, que j'ai dans mon service actuellement et que je vous montrerai à la fin de cette conférence, nous arrête chaque matin à notre visite pour nous dire qu'elle « a des *chandelles devant les yeux*, que ces chandelles ne lui laissent pas de repos, qu'elles dansent incessamment devant son lit, etc. » Ces visions lumineuses sont d'autant plus pénibles que l'œil présente une exagération morbide de sensibilité à la lumière.

Souvent aussi les malades sont affectés de ce singulier phénomène qu'on appelle le daltonisme morbide ou la *cécité partielle des couleurs*. Lorsqu'on leur met sous les yeux un morceau de papier vert ou violet, ils ne perçoivent qu'une des couleurs primitives qui composent l'une ou l'autre de ces teintes. S'agit-il, par exemple, d'un papier vert, ils le voient jaune si c'est le jaune qui prédomine dans la couleur composée ; ils le voient bleu s'il y a prédominance de bleu, etc. Le violet leur paraît rouge, marron ou noir ; souvent ils ne reconnaissent ni le rouge, ni

le jaune, etc. (Galezowski). Ce n'est pas là, du reste, un phénomène spécial à la rétinite syphilitique; on le retrouve dans plusieurs altérations vulgaires de la rétine, aiguës ou chroniques.

2° Signes ophtalmoscopiques : *exsudations rétinien-*
nes ; — *apoplexies rétinien-*

Les exsudations qui se produisent à la surface de la rétine constituent le signe pathognomonique de la maladie. Ce sont elles, en conséquence, qu'il faut rechercher le plus attentivement dans l'examen ophtalmoscopique.

Elles sont de deux ordres : les unes semblent n'être constituées que par un épanchement séreux, par une sorte d'infiltration œdémateuse. Les autres sont bien réellement des taches, des exsudats opaques et solides.

Les premières sont translucides. Elles forment au devant de la rétine (notamment au pourtour de la papille) un véritable *glacis séreux*, à travers lequel on aperçoit la membrane et les vaisseaux comme couverts d'un voile. On dirait — pardon de cette comparaison grossière — une sorte de gaze recouvrant le fond de l'œil. Parfois ce glacis se continue en rayons divergents le long des vaisseaux. — Les deux figures que je vous présente, et qui sont extraites du bel atlas de M. Galezowski, rendent un compte exact de cette forme de maladie, décrite par certains auteurs sous les noms d'œdème rétinien ou de rétinite *séreuse*.

La seconde variété d'exsudats consiste en des taches, en des taches véritables, bien apparentes (rétinite *exsudative* proprement dite). Ces taches sont généralement blanches et à contours diffus. Elles sont petites le plus habituellement, parfois cependant assez larges. Ou bien elles longent les vaisseaux, ou bien elles sont situées dans leurs intervalles. Elles peuvent occuper divers points de la rétine, comme aussi être localisées sur un seul. Très-souvent elles se développent au niveau de la macula et amènent

une perte complète de la vision centrale ; d'autres fois elles recouvrent tout ou partie de la rétine dans son segment postérieur.

Enfin, en certains cas, on observe coïncidemment avec ces exsudations des *apoplexies* rétinienne, disséminées. Un malade, que je vais vous présenter tout à l'heure, a été affecté subitement dans le cours d'une syphilis secondaire d'intensité moyenne d'une cécité presque complète de l'œil gauche. Vous allez facilement distinguer sur lui une apoplexie de la macula avec infiltration séreuse au pourtour de la tache hémorragique. — Ces apoplexies rétinienne n'ont rien de caractéristique et ressemblent tout à fait aux apoplexies communes de même siège. Elles proviennent ordinairement, dit-on, de la rupture des veines, les artères restant intactes, ce qui semblerait démontrer que la syphilis attaque plus facilement les veines que les artères (Galezowski).

La rétinite spécifique a toujours une marche lente. Souvent elle reste longtemps stationnaire, pour subir des exacerbations successives à diverses époques de son évolution, ou aboutir à des complications diverses.

Chose remarquable néanmoins, de toutes les lésions syphilitiques du fond de l'œil, c'est elle à coup sûr qui guérit le plus facilement. Elle est notamment bien moins rebelle et bien moins redoutable que la choroïdite, contrairement à ce qu'on pourrait supposer *à priori*. J'ai déjà vu bon nombre de malades se débarrasser complètement ou à peu près complètement de rétinites simples (j'entends non compliquées d'autres altérations spécifiques des membranes ou des milieux oculaires, etc.) ; j'en ai vu beaucoup moins échapper aux conséquences fâcheuses des choroïdites.

Inutile d'ajouter que le pronostic de l'affection est subordonné à son siège. Les rétinites qui affectent la macula,

par exemple, sont bien plus graves que celles qui sont localisées sur d'autres points.

Je viens d'étudier sous leurs formes simples les diverses lésions que la syphilis peut produire sur les membranes et les milieux de l'œil. Un point très-essentiel me reste à vous signaler actuellement : c'est la *tendance singulière que présentent ces lésions à se compliquer réciproquement, à se combiner, à se succéder, à s'ajouter en un mot les unes aux autres*. C'est ainsi, par exemple, que l'iritis est fréquemment suivie de rétinites exsudatives ou apoplectiques. Cette remarque, dont je dois la connaissance à M. Wecker, se trouve pleinement confirmée par la pratique. Je donne ainsi mes soins aujourd'hui à un jeune homme qui, après avoir été atteint d'une double iritis, a été affecté consécutivement d'une rétinite de l'œil gauche. D'autres fois, c'est la choroïdite qui coïncide avec l'iritis (*irido-choroïdite*). D'autres fois encore, c'est la névrite optique qui ne tarde pas à se compliquer de phlegmasies de l'iris, de la choroïde, de la rétine, etc. Plus souvent, et ceci d'une façon presque nécessaire, la choroïdite retentit sur la rétine et détermine une *choroïdo-rétinite*, etc., etc.

De la sorte, les lésions oculaires d'essence syphilitique se présentent souvent associées, combinées deux à deux, trois à trois. La multiplicité de ces localisations morbides dans un seul œil ou d'un œil à l'autre est même, au dire de certains auteurs, un signe important dont le diagnostic peut faire son profit. Il n'est guère, en effet, que la syphilis qui prodigue ainsi et dissémine à ce degré ses manifestations sur les membranes oculaires.

Je ne m'arrêterai pas, messieurs, à vous décrire les diverses formes symptomatologiques qui peuvent résulter de ces associations morbides. Ce sont là des détails d'ophtalmologie pour lesquels d'ailleurs je récusé ma compétence, et qui ne sauraient trouver ici leur place. Un seul

de ces types complexes mérite de nous occuper, en raison de sa fréquence, de son excessive gravité, et dès lésions spéciales auxquelles il aboutit. C'est la *choroïdo-rétinite*, dont je vais vous dire quelques mots.

Vous savez déjà quels symptômes caractérisent la choroïdite spécifique, à l'époque où la choroïde seule est affectée : amblyopie progressive, brouillard, mouches volantes, scotomes, trouble et flocons du corps vitré, apparence nuageuse de la papille, exsudats choroïdiens, etc. Si la maladie n'est pas enrayée dans sa marche par des traitements énergiques (et les traitements les plus énergiques n'y réussissent pas toujours complètement), elle ne tarde pas à se propager à la rétine, voire même à la papille optique. De nouveaux accidents s'ajoutent alors à ceux qui précèdent : photopsie ; — photophobie ; — cécité partielle des couleurs ; — rétrécissement notable du champ visuel périphérique, tandis que la vision centrale se conserve relativement ; — cécité nocturne (héméralopie) ; — puis, diminution toujours croissante de l'acuité visuelle, etc. Ces accidents correspondent à l'envahissement progressif et à la dégénérescence graduelle de la rétine. Ce qui se produit alors, en effet, et ce dont témoigne l'ophthalmoscope, c'est la série des lésions suivantes :

Pour la choroïde : taches atrophiques se multipliant ; — destruction du pigment choroïdien, laissant à nu par places le tissu même de la sclérotique ;

Pour la papille : diminution considérable des vaisseaux centraux, qui deviennent grêles, filiformes, et disparaissent même en quelques points de leur trajet ;

Pour la rétine : exsudations disséminées ; — ramollissement progressif, atrophie ; — puis, *infiltration graduelle de la membrane par des amas pigmentaires*, de couleur charbonneuse, qui forment sur le fond de l'œil des taches absolument noires, de disposition et d'étendue très-variées.

Tantôt ces taches semblent distribuées au hasard; tantôt elles forment des stries qui figurent en s'entrecroisant une sorte de filet; tantôt enfin elles constituent des demi-cercles, des arcs de cercle, ou même des circonférences complètes, toutes configurations qu'on a justement comparées à la forme circonée des syphilides. J'ai eu l'occasion de voir, avec M. Galezowski, un cas dans lequel on distinguait sur le fond de l'œil trois anneaux presque complets, résultant de nombreuses taches de pigment. On eût dit de véritables *syphilides pigmentaires à forme circonée*. Cette comparaison se présentait aussitôt à l'esprit, et peut-être bien était-elle dans la nature même des choses.

C'est à cette forme de rétinite avec infiltration de pigment qu'on a donné le nom de *rétinite pigmentaire*.

Voici un exemple aussi complet que possible de cette terrible affection. Le pauvre aveugle que je vais vous présenter a contracté la syphilis il y a dix ans. Il a eu d'abord un chancre induré, puis de nombreux boutons sur le corps. Ses cheveux sont tombés. Plus tard sont survenues de vives douleurs dans les membres. Ce malheureux ne s'est pas traité ou ne s'est traité que pendant quelques semaines à l'aide « d'une liqueur blanche » que lui avait conseillée un pharmacien. Vers la fin de la première année de la maladie sont survenues « des ophthalmies » qui n'ont pas été traitées davantage. Puis la vue s'est troublée; puis se sont produits divers symptômes, tels que photopsie, mouches volantes, impossibilité de lire, de travailler, de se promener sans guide, etc. Bref, ce malade a perdu complètement la vue; il est *absolument aveugle* aujourd'hui. Or, l'examen ophtalmoscopique permet de constater sur lui les lésions suivantes: atrophie complète de la papille; — absence absolue des vaisseaux rétinien; — fond de l'œil décoloré par places; — et surtout innombrables taches noires, couvrant et bigarrant toute

la rétine, laquelle semble mouchetée comme une peau de tigre et disparaît aux trois quarts sous ces amas charbonneux. — C'est là le type par excellence de la rétinite pigmentaire.

Les dernières lésions que je viens de vous décrire, messieurs, ont une évolution lente. (Ainsi, la rétinite pigmentaire demande toujours plusieurs années au moins pour s'accomplir, et ne s'observe à ce titre que dans la période tertiaire.) Mais ce sont là des lésions à marche *progressive*, à marche *fatale*, si l'art n'intervient pour en conjurer le progrès. Il est superflu de dire, après cela, qu'elles sont essentiellement *graves*. Abandonnées à elles-mêmes, elles tendent à détruire la rétine tout entière et à déterminer une cécité absolue, irremédiable. Lorsqu'elles datent d'un certain temps, elles résistent à toute intervention thérapeutique. Souvent même, attaquées de bonne heure, elles ne se dissipent que difficilement et incomplètement, en laissant à leur suite des désordres plus ou moins sérieux. Jugez par là, messieurs, s'il y a intérêt à les connaître pour les combattre dès leur origine, pour en conjurer les redoutables conséquences.

Reconnaître sur le fond de l'œil les ophthalmies secondaires est chose en général assez facile, si peu qu'on ait l'habitude de l'ophtalmoscope. Mais en déterminer la nature, en affirmer l'origine spécifique, est un problème autrement délicat.

Peut-on, d'aspect, *de visu*, se prononcer sur le caractère syphilitique de ces lésions? Ceci a été très-diversement jugé par les ophthalmologistes, les uns déclarant qu'il n'est pas de diagnostic possible d'après la seule exploration de l'œil, les autres prétendant que, sinon toutes, du moins la plupart des affections qui viennent de nous occuper ont des signes assez spéciaux pour être reconnues

directement dans la grande majorité des cas. Je me garderai, certes, de me faire juge du débat, et pour cause. Toutefois, il ne me semble guère contestable que les affections secondaires des membranes profondes de l'œil présentent souvent un ensemble de caractères qui, par eux-mêmes et indépendamment de toute considération étrangère, peuvent sinon attester la spécificité des lésions, du moins la faire soupçonner et la rendre même très-probable. Citons comme tels :

1° *La multiplicité, la complexité même de ces lésions*, caractère sur lequel j'ai vivement insisté déjà. C'est ainsi, par exemple, que la coexistence d'une choroïdite ou surtout d'une iritis avec une rétinite, soit dans le même œil, soit d'un œil à l'autre, est, au dire de certains ophtalmologistes des plus compétents, un signe presque certain de spécificité syphilitique.

2° *La localisation habituelle des lésions vers le pôle postérieur de l'œil*, autre caractère assez significatif, non absolu sans aucun doute, mais plus commun dans la syphilis que dans toute autre maladie.

3° *La forme cerclée et la disposition cerclée, demi-cerclée, des exsudations oculaires*, rappelant en certains cas d'une façon vraiment frappante l'aspect si caractéristique des syphilides tégumentaires.

4° *Ces modifications si singulières survenant d'une façon rapide dans la transparence du corps vitré, cet aspect nuageux du fond de l'œil*, etc. — Pour la choroïdite, par exemple, il existe tout un ensemble de phénomènes, tout un processus morbide d'une certaine allure, d'une certaine marche, qui me semble bien propre à attester la spécificité de l'affection, à savoir : brouillard de la vue, avec perception de toiles d'araignée, de cheveux entremêlés, etc.; — aspect nuageux de la papille et du fond de l'œil; — trouble et flocons du corps vitré; — intensité prompte-

ment acquise de ces divers phénomènes ; — évolution hâtive, « brutale » même de la maladie, comme l'a dit M. Perrin (1) ; — alternance d'améliorations et de rechutes ; — envahissement rapide de la rétine ; — dégénérescence rapide de cette membrane ; — pigmentation consécutive, etc.

Ces divers signes ne sont pas, dit-on, pathognomoniques de la vérole. Soit, je l'accorde. Mais il serait injuste, je crois, de leur refuser et surtout de refuser à leur ensemble une signification réelle pour le diagnostic de la spécificité.

Ici, comme ailleurs, du reste, le diagnostic doit trouver et ne peut trouver sa confirmation véritable que dans la notion des antécédents, dans l'infection générale dûment démontrée soit par les commémoratifs, soit par des manifestations actuelles d'autre siège. Ce sont, à coup sûr, mieux que les signes objectifs des lésions oculaires, l'ensemble morbide et la connaissance intégrale de la maladie qui attesteront le caractère syphilitique de l'affection.

A ce dernier propos, cependant, une remarque doit ici trouver place. Les lésions oculaires graves dont nous venons de parler sont loin de se produire toujours dans le cours de syphilis graves ou de syphilis à manifestations très-apparentes, non susceptibles de passer inaperçues. Je les ai bien souvent rencontrées chez des malades qui n'avaient été que superficiellement touchés par la diathèse, si je puis ainsi parler, chez des malades qui n'avaient éprouvé que des manifestations légères, qui semblaient avoir été relativement épargnés par la syphilis. Plus d'une fois j'ai été frappé du contraste que présentaient ces ophthalmies profondes si redoutables avec la *bénignité des accidents antérieurs*. Considération importante à divers titres, expliquant d'une part comment les commémoratifs

(1) *Traité pratique d'ophtalmoscopie et d'optométrie*; Paris, 1870.

peuvent parfois faire défaut dans l'étiologie de ces lésions oculaires, démontrant d'autre part qu'il est toujours bon de se méfier de la vérole et toujours prudent de la traiter, alors même qu'elle s'annonce d'abord sous les apparences les plus inoffensives, les plus rassurantes.

Disons-le d'ailleurs, ces ophthalmies graves ne sont graves, en somme, qu'en raison du siège même qu'elles affectent, qu'en raison de la délicatesse infinie de l'organe sur lequel elles se produisent. Car, au total, les lésions qui les constituent sont fort peu de chose ; ces lésions affecteraient la peau, qu'elles n'auraient aucune conséquence, et que malades et médecins n'y attacheraient qu'une attention minime. Il n'est donc pas étonnant, à ce titre, qu'elles se manifestent parfois dans le cours de syphilis bénignes, n'offrant aucune tendance à se compliquer, à revêtir des formes menaçantes.

A des lésions comportant une gravité telle il ne convient pas, je crois, de marchander le traitement spécifique. C'est au mercure qu'il faut en appeler immédiatement, et au mercure administré de la façon la plus active, la plus énergique. Les traitements doux, les traitements dits par extinction lente, ne sont pas de mise en pareil cas. Le proto-iodure, le sublimé, l'hydrargyre en nature, administrés par l'estomac, même à doses assez élevées, sont la plupart du temps inefficaces ou insuffisants contre ce genre de manifestations. C'est là ce dont m'ont pleinement convaincu de nombreux succès, que je regrette profondément et que je n'aurais pas à regretter si je n'avais été forcé de faire par moi-même mon éducation sur ce point. *Le traitement par les frictions est ici la meilleure, la véritable, la seule ressource.* Donc, pas de demi-mesures, pas de tergiversations qui n'auraient pour résultat que de laisser les lésions se confirmer et devenir incurables. En

face d'une ophthalmie profonde de l'œil, *sans retard prescrivez les frictions*, messieurs, et les frictions à forte dose, à la dose quotidienne de quatre, six, huit, dix, douze grammes d'onguent mercuriel double, et même au delà, si besoin est. Poussez les frictions jusqu'à influencer la bouche ; car variable est la dose qui peut agir efficacement sur tel ou tel organisme, et cette dose, vous n'avez pour la mesurer qu'un seul thermomètre (passez-moi le mot), c'est l'action exercée sur les gencives. Puis, la bouche affectée, continuez à la même dose, tout en modérant l'irritation buccale soit par le chlorate de potasse, soit par l'administration externe des sulfureux qui paraissent faciliter la tolérance du mercure. Guidez-vous d'ailleurs, pour la direction du traitement, sur les effets thérapeutiques obtenus. Mais, en tout cas, sachez bien ceci, c'est qu'il faut agir *vite et énergiquement*. Sinon, la partie est perdue, et des lésions se produisent auxquelles il n'est plus possible de remédier.

Je dois au traitement par les frictions, dans les cas d'ophtalmies profondes de l'œil, des succès que je n'aurais pas obtenus, je crois, par la méthode d'administration interne du mercure. J'ai la satisfaction de dire que mon distingué confrère, M. Galezowski, bien plus autorisé que moi en pareille matière, est arrivé sur ce point à la même conviction, à la même ligne de conduite que moi. Je ne saurais donc vous le répéter assez, messieurs, c'est grâce *aux frictions, aux frictions seules*, qu'on parvient à se rendre maître des affections secondaires de la choroïde, du nerf optique et de la rétine. Encore s'en faut-il, dans bien des cas, que ce mode de traitement, si énergique qu'il puisse être, le soit assez pour résoudre ces redoutables lésions et sauvegarder l'intégrité des fonctions visuelles.

III.

ÉTUDE SUR LES VÉGÉTATIONS

(PRODUITS ÉPIGÉNIQUES DES MUQUEUSES), par le docteur
Aimé MARTIN.

Définition. — **Synonymie.** — **Historique.** — **Etiologie.** — **Anatomie pathologique.** — **Symptomatologie.** — **Diagnostic.** — **Pronostic.** — **Traitement.** — **Végétations chez les femmes enceintes.**

(Suite et fin.)

Symptomatologie. — Pour la description des diverses sortes de végétations, il est nécessaire que nous adoptions une division qui nous permette de les rattacher à certains types déterminés.

La première division à établir, c'est celle qui les partage en végétations simples et en végétations composées.

Les végétations simples se subdivisent en sessiles, en pédiculées et en végétations à implantations variables.

Les végétations composées comprennent deux variétés, celles qui affectent la forme si connue du chou-fleur et les masses végétantes.

1^o Végétations simples sessiles.

On peut ranger dans cette catégorie les granulations ou végétations granuliformes, ordinairement de la grosseur d'un grain de millet, de la couleur de la muqueuse ou d'un rouge un peu plus vif, et les crêtes de coq, prolongements muqueux, aplatis, dont l'un des bords est adhérent et l'autre libre. Le bord libre est frangé, dentelé. Ces sortes

d'excroissances, tantôt lisses et sèches, tantôt spongieuses et sécrétantes, offrent la plus grande ressemblance avec les véritables crêtes de gallinacés; elles ont une coloration plus ou moins rouge, mais toujours plus foncée que celle de la muqueuse sur laquelle elles sont implantées. On ne rencontre guère les granulations que sur le gland et le prépuce chez l'homme, et sur les grandes et petites lèvres chez la femme. Quant aux crêtes de coq, elles sont très-fréquentes dans ces différentes régions, ainsi qu'au pourtour de l'anus.

Une troisième variété du type sessile, c'est la végétation conique qui a été décrite par Melchior Robert (1), et classée à tort parmi les végétations pédiculées. Cette variété est, ainsi que l'indique son nom, plus large, plus épaisse à sa base, à son point d'émergence qu'à son extrémité libre. Son lieu d'élection habituel autour de la couronne du gland peut faire supposer qu'elle résulte d'une hypertrophie des papilles de cet organe.

2^e Végétations simples pédiculées.

Le type des végétations pédiculées est le poireau; c'est le plus souvent une excroissance filiforme, arrondie, de deux à trois millimètres de longueur, dont l'extrémité libre est plus volumineuse que le corps. Cette extrémité, en général lisse, n'a guère que la grosseur d'une tête d'épingle de petite dimension; elle présente dans quelques cas, à son centre, une petite dépression, ou bien des sillons s'irradiant et partant d'un point commun qui semble être l'ouverture d'un follicule. La coloration du poireau est toujours assez pâle.

3^e Végétations simples à implantations variables.

On peut ranger dans cette catégorie les fraises, les

(1) Melchior Robert, *Nouveau Traité des Mal. vén.*; Paris, 1861, p. 276.

framboises, les mûres, les fics, les verrues, les thym, les groseilles.

Les fraises, les framboises, les mûres ont à peu près la même conformation et ne diffèrent que par leur couleur, d'un rouge plus vif pour les fraises, d'un rouge plus foncé pour les framboises et les mûres.

Ces sortes de végétations ont la forme des fruits dont les noms servent à les désigner ; ce sont des amas de granulations séparées par des rainures plus marquées dans les mûres et les framboises que dans les fraises. Comme toutes les autres espèces de cette catégorie, elles sont tantôt pédiculées, tantôt sessiles.

Les végétations qui affectent la même forme que les fraises, les framboises et les mûres, mais qui sont lisses et arrondies, prennent le nom de groseilles.

Les fics ou marisques ont l'apparence de figues ouvertes, d'une coloration violacée ; leur surface est unie ; quelquefois elles sont marquées de sillons longitudinaux peu profonds, partant de la base, presque toujours pédiculée, de l'excroissance.

Les verrues ou végétations verrucoïdes des muqueuses sont dures, tuberculeuses, fendillées, de couleur pâle, presque cendrée. Elles sont, le plus souvent, indolentes, mais quelquefois aussi fort douloureuses lorsqu'elles sont comprimées. Le thym peut être rattaché à cette variété ; c'est une saillie verruqueuse, ordinairement pédiculée, rougeâtre, fendillée, qui s'excorie et saigne très-facilement.

4^e Végétations composées.

Le type le plus fréquent et le plus caractéristique de cette variété est le chou-fleur, qui se compose de divers embranchements partant d'une même tige. Chacun de ces embranchements est terminé par un amas de granulations d'un rouge pâle.

Les masses végétantes sont, ainsi que l'indique la désignation qui leur a été appliquée, des agglomérations de végétations appartenant le plus souvent à tous les types précédemment décrits, plus rarement à un type unique. C'est dans cette variété que doivent être rangées les excroissances qui se développent sur les organes génitaux des femmes enceintes et qui feront l'objet d'un paragraphe spécial. Dans la grande majorité des cas, ces masses végétantes sont le résultat de végétations isolées qui s'accroissent en surface et en épaisseur, et finissent par se réunir et par former d'énormes fongosités, s'ulcérant, s'indurant par places, baignées par une sanie purulente d'une odeur fétide. Lorsque ces végétations se développent sur le gland et sur la face interne du prépuce et que le malade est atteint de phimosis, elles dilatent le prépuce outre mesure et finissent par le faire éclater sur plusieurs points. Nous avons observé un cas de ce genre, en 1866, chez un officier de marine qui, depuis trois ans en station dans la Nouvelle-Calédonie, était atteint d'une lésion de ce genre contre laquelle aucun traitement sérieux n'avait été dirigé. Lorsqu'il vint nous consulter, nous hésitâmes d'abord à nous prononcer sur la nature de la lésion; l'extrémité de la verge formait un énorme champignon de près de dix centimètres de diamètre, au centre duquel on pouvait retrouver le méat urinaire, en écartant les masses végétantes; ce champignon, composé de débris de végétations du genre des framboises, de fongosités saignantes, de plaies ichoreuses, de lambeaux déchiquetés et œdématiés de la peau et de la muqueuse du prépuce, était induré dans presque toute son étendue, et baignait dans un pus mal lié d'une odeur infecte. La base de la verge était saine, mais les ganglions inguinaux étaient indurés. L'anémie profonde du malade, sa sensibilité nerveuse poussée à l'excès, la fièvre qui s'emparait de lui tous les soirs, tous ces symptômes généraux joints à la gravité

des symptômes locaux et notamment à l'induration des ganglions, nous avaient fait d'abord croire à une affection épithéliale. Mais au bout de quelques jours de repos, d'un régime tonique et de pansements désinfectants à l'acide phénique et à l'eau chlorurée, l'état général s'améliora considérablement, l'induration des ganglions inguinaux disparut presque complètement, et nous n'hésitâmes plus à diagnostiquer des végétations de la variété que nous venons de décrire, c'est-à-dire des masses végétantes sans aucun caractère spécifique. Nous en pratiquâmes l'excision, et, pour cela, nous dûmes, suivant une expression de M. Ricord, sculpter un gland au milieu de ces fongosités. Le résultat de l'opération fut excellent en ce sens que le pénis, après la guérison complète, avait à peu près la forme normale de cet organe après la circoncision. Nous ne devons pas oublier d'ajouter que notre malade n'avait jamais eu d'accidents syphilitiques ou vénériens. Nous reviendrons, à propos du diagnostic, sur les difficultés que peut présenter, dans certains cas, la détermination exacte de la nature de ces accidents.

Il est une dernière lésion qui a toujours été décrite avec les végétations, et qui, à notre avis, n'a aucun rapport avec elles ; c'est le condylôme, saillie tuberculeuse et arrondie de la peau qui a été ainsi nommée à cause de sa ressemblance avec les condyles articulaires. Le condylôme siège au pourtour de l'anus ; c'est un épaississement de la peau et du tissu cellulaire. On l'observe surtout chez les malades atteints d'affections de cette région, qu'elles soient ou non de nature syphilitique, et surtout à la suite des rhagades, espèce de fissures cachées dans les plis radiés de l'anus ; il succède fréquemment aux plaques muqueuses, et on l'observe aussi chez les gens adonnés au vice le plus abject. « Aussi, écrit Gibert (1), ces lésions se rencontrent-elles

(1) *Loc. cit*, p. 263.

très-rarement chez les malades de la ville, tandis qu'on les voit assez souvent chez les sujets tirés de la lie de la société, qui encombrant les avenues de nos hôpitaux. » Les condylômes ne sont que des lésions symptomatiques d'un état d'inflammation ou de sub-inflammation de la région anale ; quant à leur structure, elle n'a rien de commun avec celle des végétations, c'est donc à tort qu'on les a toujours fait figurer dans les variétés des produits épigéniques des muqueuses, et nous n'en parlons que pour mémoire. Le siège le plus fréquent des végétations est, sans contredit, la muqueuse qui recouvre le gland et la face interne du prépuce chez l'homme, et chez la femme la face interne des grandes et des petites lèvres et le pourtour de l'orifice du vagin. Le point où on les rencontre ensuite le plus ordinairement c'est la région anale, puis, par ordre de fréquence ; dans les deux sexes, le méat urinaire, la partie antérieure du canal de l'urètre, le sillon génito-crural et l'ombilic. Nous en avons observé souvent sur la muqueuse du vagin, au col de l'utérus, et sur le mamelon chez la femme. M. Bazin a noté leur apparition assez fréquente à la face inférieure de la langue. Vidal de Cassis et Castelleau en ont observé sur la muqueuse conjonctivale, Kramer dans le conduit auditif externe. Nous en avons vu se développer sur la muqueuse pituitaire à la partie inférieure de la cloison nasale. Il n'est pas rare d'en voir aussi à la face interne des lèvres. Lorsqu'elles apparaissent sur la peau du scrotum, elles succèdent presque toujours à des plaques muqueuses de cette région, ou bien elles se développent sous l'influence d'accidents syphilitiques ou vénériens divers, donnant lieu à une abondante suppuration. Le siège des végétations a parfois une certaine importance au point de vue des accidents que leur présence peut déterminer ; nous parlerons plus loin des difficultés que celles qui envahissent la vulve chez les femmes enceintes peuvent ap-

porter à l'accouchement. Celles du méat urinaire gênent souvent la miction; « elles s'opposent, dit M. Rollet (1), à la libre sortie de l'urine, qui baigne les parties génitales externes, et y entretiennent une irritation constante. » A l'anus, au périnée, aux plis génito-cruraux, elles gênent la défécation ou la marche et s'enflamment par le frottement. Lorsqu'elles envahissent le gland et la face interne du prépuce chez un sujet atteint de phimosis, elles compriment le gland, distendent le prépuce et donnent lieu aux accidents divers que nous avons observés chez le malade dont nous parlions plus haut.

Diagnostic. — Le diagnostic des végétations ne présente, dans la plupart des cas, aucune difficulté. La forme bien déterminée des types que nous avons décrits, leur siège, l'état d'intégrité de la muqueuse sur laquelle ces excroissances sont implantées, l'absence de tout phénomène de réaction générale, sont autant d'éléments qui, le plus habituellement, ne permettent guère l'hésitation.

Il n'en est plus de même lorsque des végétations volumineuses existent depuis longtemps, comme dans le cas que nous citons plus haut; on observe alors une masse végétante ulcérée, baignée dans un pus fétide, indurée dans certains points, ramollie dans d'autres. Les ganglions voisins peuvent être indurés, la santé générale du malade est altérée souvent d'une manière profonde. Dans ces cas, heureusement rares, le diagnostic est parfois fort difficile, surtout lorsque ces lésions ont pour siège le gland et le prépuce, et le praticien le plus expérimenté pourra hésiter à se prononcer entre les végétations et le cancer épithélial.

Benjamin Bell (2) avait déjà été frappé de cette confusion possible. « Quand les excroissances sont parvenues à ce degré, écrivait-il, si elles viennent à s'ulcérer, toute

(1) Rollet, *Traité des Mal. vén.*; Paris, 1865, p. 422.

(2) *Loc. cit.*, t. 1^{er}, p. 476.

leur masse prend une apparence tellement sordide que ceux qui ne sont pas fort versés dans cette branche de la chirurgie soupçonnent ces poireaux de nature cancéreuse. J'ai été appelé pour différents cas de ce genre, où l'on jugeait l'amputation de la verge indispensable ; je suis parvenu néanmoins à la conserver et à détruire les poireaux. » Boyer (1) a essayé aussi de prémunir les médecins contre des erreurs de ce genre. Galligo (2), de regrettable mémoire, cite un cas, rapporté par Dieffenbach, dans lequel l'amputation du pénis fut opérée par suite d'une erreur de diagnostic qui avait fait prendre une masse végétante pour un cancer.

Presque tous les auteurs ont appelé l'attention sur ce point. Vidal de Cassis (3), qui laisse entendre qu'un certain nombre de méprises du genre de celle que rapporte Galligo ont été commises par des chirurgiens qui se décident rapidement au sacrifice d'un organe, ajoute que ce qui contribue à tromper, c'est l'atrophie du gland déterminée par la compression de la masse végétante. Rien n'est plus exact ; cette atrophie est quelquefois telle que cette partie de la verge semble avoir disparu et qu'on peut supposer qu'elle a été détruite par le prétendu cancer.

Si l'on a pu observer le malade dès le début de l'affection, la distinction pourra être plus facile. On sait, en effet, que le cancroïde, le cancer épithélial, débute, presque toujours, par un tubercule ou par un petit point ulcéré qui se recouvre de bourgeons fongueux et saignants, puis il part de ce point pour envahir les tissus environnants. Rien de semblable pour les végétations qui surgissent par une ou plusieurs pousses et qui ne prennent que plus tard, en

(1) *Traité des Mal. chirurg.*, t. x, p. 367.

(2) *Trattato teorico-pratico sulle malattie veneree*; Florence, 1864, p. 321.

(3) *Loc. cit.*, p. 265.

s'ulcérant, l'aspect qui pourrait les faire confondre avec le cancroïde.

Lorsqu'on n'a pas assisté à cette première phase du développement des végétations, et qu'on se trouve en présence d'un cas semblable à celui que nous avons décrit à propos de la symptomatologie, l'embarras peut être fort grand. Il est alors à peu près impossible de retrouver la muqueuse saine sous les masses végétantes; il est bien difficile de constater si le gland a été atrophié ou bien s'il est détruit en partie. Ainsi que nous l'avons dit plus haut, la surface, ramollie ou indurée par places, mortifiée souvent en partie, d'aspect grisâtre, baignant dans un ichor fétide, ne se distingue en aucune façon de celle que présente un cancer épithélial arrivé à une certaine période. En règle générale, l'engorgement ganglionnaire, presque constant dans le cancer, est rare dans le cas de végétations; il existe cependant dans certains cas, comme dans celui que nous avons cité; on devra donc noter cette circonstance favorable de l'intégrité des ganglions voisins, sans cependant en tirer une conséquence trop rigoureuse. « Il n'y a rien, dit Vidal de Cassis (1), qui trompe plus souvent le diagnostic que l'engorgement ganglionnaire. » La santé générale du malade peut aussi fournir de précieuses indications, en ce sens qu'elle est habituellement moins altérée dans le cas de végétations que chez les cancéreux; mais là encore il importe de faire des réserves. L'officier de marine dont nous avons rapporté l'observation était dans un état de cachexie profonde qui se comprend après l'épuisement causé par une longue suppuration, et, dans bien des cas, il en est de même. On peut donc dire que la conservation de la santé générale sera un signe excellent en faveur de l'hypothèse des végétations, mais que la cachexie ne sera pas un signe pathognomonique de l'affection cancéreuse.

(1) *Loc. cit.*, p. 266.

L'âge du malade doit être pris en considération ; chez un jeune homme, le cancer sera l'exception. Quant à la douleur, très-vive dans les deux cas, elle ne peut fournir aucune indication précise. En somme, tout en tenant compte de ces divers éléments, le praticien, lorsqu'il se trouve en présence d'un cas de ce genre, doit éviter de se prononcer immédiatement et ne pas imiter les chirurgiens dont parle Vidal de Cassis. Il doit soumettre le malade à un régime tonique et ordonner des lavages fréquents de la plaie et des pansements désinfectants, en même temps que le repos absolu.

Sous l'influence de ce traitement (qui ne modifiera en rien l'état général ni l'état local chez le malade atteint d'une tumeur épithéliale), on verra, au contraire, les végétations se déterger, la plaie reprendre un bon aspect, l'engorgement ganglionnaire, s'il existe, disparaître, et l'état général du malade s'améliorer notablement en très-peu de temps. Cette règle de conduite est la plus sage et elle conjurera de graves, d'irréparables méprises.

M. Rollet (1) a conseillé un moyen de diagnostic auquel on pourra encore avoir recours, comme dernière ressource. « Il faut agir, dit-il, comme si l'on avait à traiter des végétations simples, que l'on se contente d'exciser en les coupant au niveau de la surface présumée du gland. Si l'on a affaire à un cancer, la plaie ne tarde pas à prendre un aspect caractéristique ; si ce sont des végétations, la plaie se cicatrise et le malade est guéri, ou bien les végétations se reproduisent, mais avec leurs caractères normaux. » Nous ne croyons pas que ce moyen puisse donner un bon résultat, s'il n'est combiné avec celui que nous avons proposé ; il nous semble, en effet, probable que, même dans le cas de végétations, la plaie baignée dans un pus fétide ne se

(1) *Loc. cit.*, p. 424.

cicatrisera pas, mais qu'elle reprendra promptement son aspect primitif.

On pourrait encore confondre certaines végétations avec les plaques muqueuses bourgeonnantes ; mais là, la difficulté ne peut être que momentanée, car le traitement spécifique, qui aura vite raison des plaques muqueuses, sera impuissant contre les végétations. On ne doit pas oublier non plus que ces dernières peuvent coexister avec tous les accidents syphilitiques ou vénériens à forme suppurante. Ces accidents se guériront par un traitement approprié, et on aura ensuite à détruire les végétations par un des moyens que nous indiquerons plus loin.

Pronostic. — Les végétations, sauf les erreurs de diagnostic auxquelles elles peuvent donner lieu, et que nous venons de signaler, ne constituent jamais une affection essentiellement grave. Elles ne sont, ainsi que nous croyons l'avoir démontré, l'indice d'aucune maladie syphilitique ou vénérienne. Elles ne présentent de gravité sérieuse que lorsqu'elles occupent certaines régions : ainsi, celles qui se développent dans le canal de l'urètre sont souvent rebelles, pendant longtemps, au traitement destiné à les détruire et leur présence peut provoquer des accidents de diverse nature. Chez certains individus, quelle que soit du reste la région où elles se manifestent, elles pullulent avec une ténacité déplorable, et ce n'est qu'après des années qu'on arrive à en triompher complètement et à empêcher leur reproduction. Dans certains cas graves, comme celui que nous avons cité, la santé générale peut être profondément atteinte ; mais elle se rétablit rapidement dès que l'état local a été favorablement modifié.

Traitement. — Les végétations constituant une affection toute locale, on ne doit jamais employer contre elles le traitement anti-syphilitique. Il est bien peu de médecins qui

ne soient, aujourd'hui, imbus de cette idée pratique. « Nous avons employé quelquefois, écrit Melchior Robert (1), et vu employer souvent le mercure et l'iodure de potassium contre les productions épigéniques; mais cela a été constamment sans résultat. »

Les végétations chez les femmes enceintes, à l'étude desquelles nous consacrerons un paragraphe spécial, tombent souvent d'elles-mêmes, à la suite de l'accouchement : ce mode de guérison spontanée s'observe aussi parfois, mais bien plus rarement, pour les végétations ordinaires qui, alors, se flétrissent ou bien se gangrènent et tombent en laissant une plaie au point où elles étaient fixées sur la muqueuse. Il faut dire que cette guérison spontanée est tout à fait exceptionnelle.

Lorsqu'il y a phimosis, la première chose à faire c'est de pratiquer la circoncision et de mettre à l'air (si nous pouvons nous servir de cette expression) les végétations qu'on enlève ensuite par un des procédés que nous allons étudier. Si l'on ne faisait pas cette opération, on s'exposerait à voir se produire les accidents que nous signalions dans le cas relaté plus haut.

Nous avons dit que les végétations prennent naissance sous l'influence de l'action irritante d'une sécrétion morbide; la conséquence toute naturelle de cette étiologie, c'est que le médecin doit, avant tout autre traitement, combattre la sécrétion morbide, l'écoulement blennorrhagique, ou l'accumulation de matières sébacées qui a déterminé la production des végétations; il doit, dans tous les cas, recommander au malade la plus minutieuse propreté.

Lorsque ces divers moyens ont été employés, il s'agit de détruire les produits épigéniques; on peut mettre en usage, pour arriver à ce but, diverses méthodes qui peuvent cha-

(1) *Loc. cit.*, p. 291.

cune être appliquées avec succès, dans certains cas. On aura recours, soit aux topiques, soit à la cautérisation, soit à l'excision, soit enfin à l'écrasement.

Les topiques les plus usités sont, en premier lieu, la poudre préconisée par Swédaur, et qui est ainsi composée :

Poudre de sabine.....	} à parties égales.
Alun calciné.....	
Poudre d'oxyde de fer.....	

Vidal de Cassis (1) a donné la formule suivante :

Poudre de sabine.....	} à 5 grammes.
Alun calciné.....	

« Faites une poudre très-fine, écrit-il, lavez deux fois par jour les végétations avec du vin rouge; recouvrez-les ensuite avec une forte couche de poudre suivant cette formule. Après trois ou quatre jours, les végétations deviennent friables et le malade peut commencer peu à peu à les arracher avec les ongles. A chaque arrachement, il y a un peu d'écoulement sanguin, on l'arrête avec la lotion vineuse et l'on remet de la poudre. »

Un médecin hongrois, M. Breschet (2), dit avoir obtenu de bons résultats de l'emploi du tuya occidentalis. Il fait faire une teinture dans les proportions de trois parties de feuilles pour six d'alcool. On applique le liquide sur les excroissances, qui se flétriraient et tomberaient au bout d'une quinzaine de jours.

On a encore conseillé comme topiques, l'opium brut, la boue d'opium, le tannin, l'iodure de fer, la teinture de cantharides, le calomel, l'alun, les poudres de bétouine, d'élébore blanc, etc... Mais ces divers moyens sont rarement suffisants pour arriver à la guérison.

(1) *Loc. cit.*, p. 271.

(2) *Bulletin de thérapeutique*, 1854.

Parmi les caustiques les plus usités, nous devons citer d'abord le nitrate acide de mercure, puis l'acide azotique mono-hydrate, l'acide acétique pur, le sublimé en solution concentrée, la pâte carbo-sulfurique, le chlorure de zinc, le beurre d'antimoine, la pâte de Vienne, le perchlorure de fer, l'acide chromique.

Le caustique auquel on a le plus fréquemment recours est le nitrate acide de mercure ; on l'applique, comme tous les autres caustiques liquides, au moyen d'un pinceau ou d'un tube de verre, en humectant chaque végétation de façon à ce qu'elle devienne complètement blanche ; elle se flétrit et tombe au bout de quelques jours. Après sa chute, il reste une plaie simple qui se cicatrise rapidement. Il est urgent, lorsqu'on emploie le nitrate acide de mercure, de ne point en faire l'application sur une trop grande surface, en une seule fois ; autrement on provoquerait une [douleur excessive, des symptômes de réaction générale et de la salivation. L'acide chromique a été vanté par M. Marchal, il réussit bien lorsqu'on s'en sert pour détruire des excroissances pédiculées et lisses ; mais il présente de très-graves inconvénients lorsqu'on l'étend sur une trop grande surface. Dans un livre que nous avons publié, en collaboration avec M. le docteur Belhomme, l'attention des praticiens a été appelée d'une manière toute spéciale sur les dangers de ce caustique ; nous empruntons à ce livre les lignes suivantes (1) : « A l'hôpital de Lourcine, nous y avons eu recours dans plus de cinquante cas, et toujours avec succès. On se sert d'une solution un peu concentrée, en se rappelant qu'il présente quelques inconvénients. Ainsi, si on l'applique à l'aide de pinceaux faits avec la charpie ou le coton, ceux-ci prennent feu au bout de fort peu de temps, et on est exposé à brûler les malades si l'on n'est pas pré-

(1) Belhomme et Aimé Martin, *Traité prat. de Pathologie syphilitique et vénérienne* ; Paris, 1864, p. 638.

venu. Si les végétations sont volumineuses, et que l'on soit obligé de leur faire absorber une grande quantité de la solution pour les flétrir, on amène des accidents d'empoisonnement, vomissements incoercibles, selles involontaires, fièvre, état d'agitation, etc... L'un de nous a vu un cas où l'application faite sur des masses végétantes énormes de la vulve, jusqu'à imbibition complète, fut suivie de la mort de la malade, et nous avons de fortes raisons de croire que ce fait n'est pas le seul qui ait été constaté dans les hôpitaux de Paris. »

On ne doit pas oublier que l'acide chromique n'est pas un caustique coagulant et que, par conséquent, il est absorbable. Nous croyons donc qu'on ne doit l'appliquer, comme nous l'avons dit, que dans quelques cas déterminés.

Nous avons eu à nous louer de l'emploi de la pâte de Vienne que nous délayons en une sorte de bouillie très-claire et que nous appliquons dans le cas où les excroissances sont peu saillantes et occupent une grande surface. Nous étendons alors cette bouillie sur les végétations qui se ramollissent immédiatement et que nous enlevons en raclant la surface de la muqueuse. On peut, en répétant une ou deux fois cette petite opération, qui n'est pas aussi douloureuse qu'on pourrait le croire, obtenir une guérison radicale. Nous avons vu employer, pour la première fois, ce procédé à Saint-Lazare, par M. Clerc.

La pâte carbo-sulfurique s'emploie à peu près de la même façon; mais elle nous a donné des résultats moins complets et elle produit une douleur plus vive. Nous ne dirons rien des autres caustiques qui ont tous, à peu de chose près, la même valeur; nous ne mentionnerons spécialement que le perchlorure de fer, qui réussit fort bien contre les excroissances simples pédiculées qu'il dessèche et dont il amène rapidement la chute.

Lorsque les végétations sont très-volumineuses et qu'elles

ne sont pas pédiculées, on pourrait user du moyen préconisé jadis par M. Maisonneuve pour détruire certains tumeurs, et enfoncer dans l'épaisseur de ces masses végétales, sur divers points de leur surface, des flèches de caustique de canquoin. Ce moyen n'a pas été mis en usage, que nous sachions du moins, mais nous croyons qu'il pourrait l'être utilement lorsque ces masses atteignent, comme cela arrive parfois, le volume du poing. Il aurait, en outre, l'avantage d'éviter les hémorrhagies qui peuvent être très-considérables à la suite de l'excision de ces énormes tumeurs vasculaires.

L'excision doit être préférée à tout autre procédé, lorsque les excroissances sont bien pédiculées et qu'elles ne sont pas très-volumineuses. On doit se servir, pour les saisir, de pinces à dents de souris et couper le pédicule au moyen de ciseaux courbes sur le plat; on ne doit pas craindre d'enlever en même temps une petite partie de la muqueuse sur laquelle la végétation est implantée. Il n'est pas inutile de cautériser avec le crayon de nitrate d'argent la plaie qui résulte de l'extirpation. Les hémorrhagies, qui se produisent presque toujours, sont arrêtées au moyen de lotions froides, astringentes ou d'applications de perchlorure de fer.

Lorsque les excroissances pédiculées sont très-volumineuses et que l'hémorrhagie pourrait être sérieuse, on devra avoir recours à l'écrasement, qu'on pratiquera avec un serre-nœuds. Nous nous sommes servi de ce moyen dans deux cas, avec un succès complet. Quant à la ligature au moyen d'un fil métallique ou d'un fil de soie, procédé fort en honneur autrefois, elle est tombée aujourd'hui dans un oubli mérité. Cette méthode était fort douloureuse, très-lente et elle ne laissait pas que de présenter de graves dangers. Le professeur Sigmund (1), de Vienne, rapporte le

(1) *Gaz. Med. delle provinc. Venete*, et *Gaz. médicale de Lyon*, 1866, n° 23.

cas d'une dame de vingt ans, très-anémique, à laquelle il lia des végétations très-volumineuses de la petite lèvre. Au bout de quatre heures, il fallut enlever la ligature à cause des douleurs atroces qu'elle causait. La malade n'en succomba pas moins, huit heures après l'opération, à des accidents convulsifs. Nous espérons qu'on ne se servira plus, dans aucun cas à l'avenir, de ce procédé barbare qu'on peut si heureusement remplacer par l'écrasement.

Il est une variété d'excroissances, celles qu'on a nommées verrucoïdes; dures, sèches, elles ne se laissent pas pénétrer par les caustiques liquides, elles doivent être détruites par l'excision qui, dans ce cas, n'est pas toujours très-facile.

Pour les végétations du canal de l'urètre, on excise sans trop de difficultés celles qui sont implantées près du méat urinaire, en les attirant au dehors avec la pince. Quant à celles qui sont situées plus profondément, M. Rollet conseille de les comprimer avec une bougie enduite de substances astringentes; nous avons essayé sans succès de ce moyen, auquel nous préférons de beaucoup l'autre procédé indiqué par le même auteur; c'est-à-dire l'extirpation avec la curette de Leroy (d'Étiolles) ou la cautérisation avec le porte-caustique de Lallemand. Nous avons substitué à ce dernier instrument, d'un maniement difficile lorsque le canal est obstrué par des excroissances, une bougie munie d'un renflement, en arrière duquel nous étendons une pommade caustique, nous introduisons rapidement la bougie; le renflement rencontre l'obstacle formé par les végétations dans le canal, nous franchissons l'obstacle, sans pousser la bougie plus au delà. La pommade caustique se trouve alors en rapport avec les excroissances sur lesquelles elle agit directement. Cet instrument très-simple nous a rendu de véritables services dans des cas d'excroissances, comme aussi dans le traitement des granulations de l'urètre et dans

quelques cas de blennorrhées entretenues par des rétrécissements.

Les plaies qui succèdent aux végétations, quelle que soit la méthode employée pour les détruire, doivent être traitées comme des plaies simples, par des lotions d'eau froide fréquemment renouvelées le premier jour, puis par des pansements au vin aromatique, à l'alcool, ou encore à l'eau chlorurée si elles sont très-étendues et si elles n'ont pas un aspect satisfaisant. On devra réprimer avec soin les bourgeons charnus et détruire immédiatement les excroissances qui tendraient à se reproduire.

Pour terminer, nous dirons quelques mots de la véritable opération que nécessitent ces cas sur lesquels nous avons insisté à propos du diagnostic et qui peuvent être confondus avec le cancer. On aura recours aux ciseaux pour exciser les végétations aussi près que possible de leur point d'attache, puis on se servira du bistouri pour enlever les derniers fragments et pour tailler, pour sculpter un gland de forme à peu près normale. Contrairement à ce qui se pratique dans l'opération du cancroïde de la verge, on ménagera le plus possible la peau, on conservera même celle qui est œdématiée, de façon à reconstituer le fourreau de la verge dans son intégrité et, si cela est possible, à reproduire un lambeau de prépuce. Cette précaution est fort importante au point de vue du rétablissement complet des fonctions de l'organe. Si on la néglige, l'érection sera très-difficile et même douloureuse, la partie moyenne de la verge étant occupée par une sorte d'anneau cicatriciel qui ne pourra se distendre. La peau n'étant jamais malade par elle-même dans ce cas, on pourra, croyons-nous, toujours, ou presque toujours, en ménager une quantité suffisante pour remplir cette indication.

Végétation chez les femmes enceintes. — La cause première de la production de cette espèce de végétations est la congestion physiologique des organes génitaux pendant la grossesse. M. le docteur Thibierge, auteur d'une excellente étude sur cette question, étude que nous avons signalée plus haut, dit qu'il a pu, à plusieurs reprises, constater sur les points où ces végétations se produisaient de fines arborisations, indice certain de la congestion des capillaires. L'écoulement, si fréquent chez certaines femmes pendant la gestation, a aussi une influence incontestable sur le développement de ces accidents. Ces végétations forment souvent des masses énormes qui, malgré tous les modes de traitement employés pour les faire disparaître, persistent et se reproduisent jusqu'à l'époque de l'accouchement; elles se flétrissent ensuite et disparaissent ordinairement sans le moindre traitement, ou bien elles cèdent aux applications topiques les plus anodines.

Nous ne ferons pas de description spéciale pour les végétations pendant la grossesse. Toutes les formes que nous avons décrites peuvent exister dans ce cas.

La seule question importante, c'est de savoir si, lorsque ces végétations sont très-volumineuses et peuvent constituer un obstacle à l'accouchement, il est utile de les détruire. Cette question a été posée incidemment, il y a quelque temps, à la Société de chirurgie (1) et y a donné lieu à une discussion fort intéressante à laquelle nous aurons lieu de faire quelques emprunts.

Une des causes, si ce n'est la cause principale, des végétations pendant la grossesse, étant la congestion des organes génitaux pendant cette période, on doit craindre une hémorrhagie si on pratique l'excision de ces végétations. Dans leur excellent mémoire que nous avons cité, MM. Boys

(1) Société de Chirurgie, séance des 6 et 13 mars 1872.

de Loury et Costilhes (1) avaient déjà prévenu les praticiens contre cet accident, sur lequel ils ont, croyons-nous, appelé les premiers l'attention. « Chez les femmes enceintes, écrivent-ils, lorsqu'il se développe des végétations, et qu'on les excise, il en sort une quantité de sang qui peut quelquefois inquiéter le médecin. » Depuis, tous les auteurs ont signalé ce danger; ces hémorrhagies peuvent être extrêmement graves, comme toutes celles qui ont lieu aux organes génitaux pendant la gestation et qui peuvent même, dans certains cas, amener la mort. M. Tarnier a vu mourir d'hémorrhagie incoercible une femme enceinte pour une plaie de très-minime étendue qu'elle s'était faite à la grande lèvre.

La crainte d'une complication aussi grave doit rendre extrêmement circonspect. Tous ceux des membres de la Société de chirurgie qu'une pratique spéciale a éclairés se sont prononcés très-nettement contre l'ablation des végétations pendant la période de la gestation.

MM. Depaul, Blot, Tarnier et Trélat ont admis comme une règle absolue qu'on ne devait opérer que dans les cas, heureusement fort rares, où les végétations formeraient une véritable tumeur qui devrait inévitablement opposer un obstacle insurmontable à l'accouchement.

Nous nous rangeons complètement à cette manière de voir. Quelle nécessité y aurait-il, du reste, à débarrasser la malade, au prix d'une chance aussi grave à courir, d'une affection qui, de l'avis de tous les auteurs, disparaîtra d'elle-même après l'accouchement?

Reste le cas exceptionnel où une opération serait jugée indispensable. Dans ce cas, il faudra essayer d'abord de tous les topiques que nous avons indiqués, puis des caustiques. Si l'on ne réussit pas par ces procédés à détruire la tumeur végétante, on devra employer l'écraseur; mais,

(1) *Loc. cit.*, p. 113.

dans aucun cas, on ne devra avoir recours à l'instrument tranchant.

En dehors de la chance de l'hémorrhagie, une opération de cette nature peut exposer la femme qui y est soumise à une série d'accidents fort graves, aux lymphangites, aux adénites, à l'avortement et à toutes ses conséquences, souvent fatales. M. Blot a vu, dans le service de Velpeau, en 1843, une femme enceinte dont la vulve était couverte de végétations monstrueuses, répandant autour de la malade une infection insupportable. L'ablation de la tumeur qu'elles formaient a été suivie d'hémorrhagie grave et d'avortement. M. Verneuil, qui a eu l'occasion d'observer plusieurs cas dans lesquels les opérations les plus simples, les plus minimales, telles que l'ouverture d'un abcès de la grande lèvre, pratiquées sur des femmes enceintes, ont été suivies d'avortement et de mort, s'est rangé absolument à l'avis de ses collègues ; il l'a accentué encore, en recommandant de laisser passer deux ou trois mois au moins après l'accouchement avant de porter le bistouri sur une région quelconque.

Nous croyons avoir suffisamment démontré, dans le cours de cette longue étude, que les végétations ne peuvent être en aucune façon considérées comme un accident syphilitique. Si nous avons besoin d'étayer cette démonstration par une preuve nouvelle, ne la trouverions-nous pas dans ce fait que les femmes syphilitiques en état de grossesse, atteintes de végétations et soumises au traitement mercuriel, voient disparaître rapidement tous les accidents syphilitiques dont elles sont atteintes, mais que le traitement reste impuissant contre les végétations ? Ces dernières disparaissent d'elles-mêmes après la période de gestation, alors que les accidents de la syphilis reparaissent le plus souvent. Mais, ainsi que nous le disions, cette nouvelle preuve, si concluante d'ailleurs, nous paraît superflue, et

nous ne croyons pas, qu'aujourd'hui, aucun médecin, après avoir étudié sérieusement cette intéressante question, puisse conserver quelque doute sur la nature des produits épigéniques qui ont fait le sujet de ce travail. Ce sont des accidents locaux, absolument indépendants de toute cause syphilitique et n'ayant rien de commun avec les affections vénériennes.

ÉTUDES ET OBSERVATIONS SUR LA SYPHILIS INFANTILE ET SUR UNE FORME SUSPECTE DE SYPHILIS CHEZ LES ENFANTS A LA MAMELLE

Par le Dr **GAETANO CASATI**

Médecin en chef de l'hôpital des enfants exposés et des femmes en couches
de Milan

Traduit de l'italien par le Dr **Daniel MOLLIERE**
Chef de clinique chirurgicale à l'École de Lyon.

(Extrait des *Annali universali di medicina*.)

(SUITE.)

VIII. — Fille de onze mois vingt-trois jours. Plaie livide, large et profonde, avec aspect gangreneux située à droite sur le cou, au-dessous du menton. Ulcère sordide à fond lardacé au-dessous de la lèvre inférieure sur la ligne médiane. Grandes plaques muqueuses ulcérées sur les fesses. On ignore depuis quand ces lésions existent. Sous l'influence d'application de charpie imbibée de décoction de Pollini, la plaie gangreneuse s'améliore et se couvre de granulations de bonne nature. Les autres symptômes s'amendent également. Mais au bout de quelque temps survint de l'engorgement du côté gauche du cou. On continue l'usage de la décoction de Pollini en même temps qu'on en donnait la poudre à l'intérieur. Puis survinrent des hémorrhagies qui furent arrêtées, mais à la suite desquelles l'enfant s'éteignit graduellement. *Autopsie*. Corps amaigri. Rigidité cada-

vérique, pas de putréfaction. Ulcère assez petit, en voie de formation situé sur le larynx au-dessous des cordes vocales, la muqueuse laryngienne est rouge et couverte de muco-pus. Les poumons sont sains dans leur moitié antérieure et supérieure. L'autre moitié est congestionnée, le foie est pâle, exsangue, peu volumineux et présente les caractères de la dégénérescence graisseuse.

IX. — Enfant de deux mois et vingt-huit jours. Ulcère profond au menton et à la lèvre inférieure, érythème sordide, rouge foncé vers l'anus, ulcérations au cou. Au bout de quelques jours surviennent sur la langue des pustules qui se transforment en véritables ulcérations. Les troubles de la respiration et l'aphonie surviennent, les plaies prennent un mauvais aspect, l'enfant meurt. *Autopsie.* Corps amaigri, il n'y a ni putréfaction ni rigidité. Le larynx est parfaitement sain et ne présente aucune trace d'ulcération, ni à leur début, ni à leur fin. La muqueuse n'est même pas rouge.

Hépatisation considérable du lobe inférieur droit en arrière. Le reste de l'organe est sain. Légère congestion, probablement cadavérique, de la partie postérieure du poumon gauche, rien à noter du côté des bronches. Le foie est un peu plus volumineux qu'à l'état normal, et présente une coloration jaune rougeâtre presque orange, et là sur la surface convexe du lobe principal on voit de petits points jaune pâle d'un à deux millimètres de diamètre, et pénétrant à la même profondeur dans le tissu hépatique, ils sont plus durs à la coupe que cette dernière, qui a une tendance à la dégénérescence noix muscade.

X. — Garçon de 4 mois 15 jours. Exfoliation de la peau du menton, des fesses, des organes génitaux, des cuissés. Les mains en particulier sont le siège d'une desquamation extrêmement marquée. Les ongles sont longs, altérés, aphonie, la déglutition est difficile (*sbroffa*). Soumis à l'u-

sage de la poudre antisypilitique de Pollini, il semble aller mieux pendant quelques jours, mais il retombe bientôt dans le même état et meurt. Dans les derniers jours il présenta des ulcérations spécifiques aux talons. *Autopsie.* Amaigrissement général, marasme. La putréfaction n'a pas encore commencé. On observe sur la muqueuse laryngienne de petites ulcérations qui n'ont pas encore intéressé toute son épaisseur. Engorgement très-marqué des gros troncs veineux. (Jugulaire, azygos, veine cave descendante, etc...) Arborisations vasculaires sur l'épiglotte et le larynx. Congestion des deux poumons dans leur partie supérieure. Foie volumineux hyperhémie.

XI. — Fille de 5 mois et 4 jour. Desquamation cutanée du menton, des cuisses, des fesses. Toute la peau est d'une couleur rouge cuivre, elle est semée d'ulcérations; les ongles des doigts sont altérés. Soumise à la méthode thérapeutique de Pollini et de Gasparini, les ulcérations ne tardèrent pas à se dessécher, mais survinrent les vomissements, la dyspnée, l'aphonie, la toux, enfin la mort. *Autopsie.* Amaigrissement considérable, il n'y a pas de putréfaction, la rigidité cadavérique a disparu. Ulcère ovale, à bords irréguliers, à grand diamètre, dirigé de haut en bas, de plus d'un demi-centimètre, avec le petit diamètre transversal de 2 ou 3 millimètres, situé en arrière sur la ligne médiane entre les cordes vocales, intéressant toute l'épaisseur de la muqueuse jusqu'au cartilage, qui est presque dénudé; mucosités purulentes. Le reste de la muqueuse laryngienne est très-rouge. Légère congestion pulmonaire; foie volumineux, congestionné, rouge sombre; les gros troncs veineux sont gorgés d'un sang à peine coagulé, et presque complètement fluide.

XII. — Garçon de 10 mois et 20 jours. Tubercules ulcérés des fesses, très-nombreux. Plaque muqueuse manifeste sous la langue. Ulcère derrière l'oreille droite et sur la

partie droite de la tête et de la région cervicale ; papules non ulcérées sur le front. Aphonie. Les manifestations s'étaient montrées au bout de 8 ou 10 jours. L'enfant avait assez bon aspect. On le soumet à l'usage de la poudre de Pollini. Au bout de quelques jours les plaques muqueuses des fesses commencèrent à sécher, mais d'autre part il se développe de l'ozène, la dyspnée, les accès de suffocation avec facies apoplectique apparaissent ; puis l'ophtalmie, la gêne dans la déglutition amènent la mort. *Autopsie.* Corps amaigri. Rigidité cadavérique persistante. Ulcère à bords irréguliers, arrondis, du diamètre d'un demi-centimètre environ, très-visible, situé en avant entre les deux ventricules ; toute la muqueuse est intéressée, et le cartilage présente une surface rugueuse. Deux petits points rouges avec arborisations vasculaires à la base de l'épiglotte, indiquent le début de l'ulcération. Toute la surface du larynx est recouverte de mucosités purulentes. On y retrouve du véritable pus, dont on peut suivre l'origine jusqu'aux fosses nasales. Le squelette de ces fosses est dénudé, la membrane de Schneider détruite ; on y trouve une certaine quantité de pus. Les poumons sont congestionnés, et présentent dans leur partie postérieure des noyaux indurés, spécifiques. Le foie a son volume normal, mais il présente un aspect marbré, et l'on trouve à sa surface des noyaux isolés, jaunâtres et plus résistants à la coupe. Le reste est volumineux, et représente aussi de petits points jaunâtres semblables à ceux du foie.

XIII. — Garçon de 2 mois et 13 jours. Plaques muqueuses ulcérées des fesses. Ulcérations au pourtour des lèvres, aphonie complète. La nourrice rapporte que les premières manifestations remontent à deux mois, elle n'en tint pas compte, ne soupçonnant pas leur nature. L'enfant est dans le marasme, la déglutition très-difficile. Les symptômes s'aggravent, *sbroffu*. Il meurt. *Autopsie.* Amaigrissement

considérable, cicatrices d'ulcérations laryngiennes en avant, entre les ventricules de Morgagni. En les sectionnant au bistouri, on a la sensation d'une dureté comme cartilagineuse. C'est que, en effet, les cartilages ne sont recouverts que par une muqueuse très-mince en voie de réparation. Dans leur région postérieure, les poumons sont congestionnés, mais ne présentent ni hépatisation ni noyaux indurés. Les plus petits fragments surnagent dans l'eau. Les ganglions mésentériques sont notablement tuméfiés.

XIV. — Fille de 2 mois 17 jours. Plaques muqueuses ulcérées multiples sur les fesses et les cuisses. La voix est normale, mais la respiration pénible. Ce symptôme existait déjà lors de son admission dans notre service. Il y avait en outre de la toux, une augmentation dans la force de l'impulsion cardiaque, une fièvre vive. La mort survint la nuit qui suivit son entrée. *Autopsie.* Enfant gras, bien développé. Tubercules cutanés nombreux à la surface du corps. La bouche et le larynx sont sains. Le péricarde est rempli d'une sérosité puriforme, dans laquelle nagent des flocons purulents (produits de péricardite) épaississement de la membrane. Cœur hypertrophié, notablement allongé dans son diamètre longitudinal, et présentant dans son ensemble la forme conique d'un cœur de poulet. L'oreillette droite est remplie par un caillot fibrineux qui descend dans le ventricule pour se prolonger dans l'artère pulmonaire. Les poumons sont congestionnés, on trouve çà et là des foyers hémorragiques, et à leur surface externe des exsudations limitées qui constituent des taches jaunâtres, que le microscope a montré être des hémorragies en voie de régression. Dans les espaces intercostaux, surtout à droite, on trouve sous la plèvre costale, une substance jaunâtre, constituée au microscope par de la graisse. Le foie est assez volumineux et s'étend presque jusqu'au niveau de la rate dans l'hypocondre gauche; il

paraît normal excepté vers la partie du lobe inférieur qui est en rapport avec la rate, où l'on voit une tache jaunâtre sous la capsule de Glisson, due à une inflammation de cette membrane. Le parenchyme hépatique est sain. La rate est allongée dans son diamètre longitudinal en forme de langue de chien, avec une petite rate supplémentaire située au-dessus et assez adhérente. Développement considérable des glandes mésentériques.

XV. — Enfant de 2 mois et 3 jours. Ulcérations de la peau des fesses et des cuisses. Tubercules plats sur le front eczéma de la face, ophthalmie, pas d'altération de la voix. A son entrée il était déjà moribond, et succomba 5 jours après. *Autopsie*. Enfant amaigri. Les lésions cutanées sont assez apparentes. Le larynx, la trachée, les poumons sont sains. Les quatre cavités du cœur sont gorgées de caillots. Sérosité purulente floconneuse dans la cavité abdominale, en particulier à l'hypocondre gauche. Adhérences intestinales. Foie volumineux, pâle. Sur ses bords antérieurs et latéraux se voit une zone jaunâtre de quatre lignes environ, occupant toute l'épaisseur de la substance hépatique, et dans laquelle le microscope fait reconnaître une dégénérescence graisseuse. La vésicule biliaire est vide. Les intestins et l'estomac contiennent une substance liquide jaunâtre. Développement considérable des glandes mésentériques.

XVI. — Enfant de 17 jours. Il provient de la salle ophthalmologique, où il a séjourné pendant treize jours. Il présente une ulcération de mauvaise nature à l'ombilic, des papules cuivreuses, lenticulaires, sur les jambes. La bouche est rouge; on y trouve du muguet. Marasme. Les symptômes s'aggravent; vomissements, diarrhée, mort. *Autopsie*. Rougeur marquée de la bouche au-dessous du muguet. Arborisations vasculaires sur l'épiglotte. Elle présente à la face inférieure un point qui paraît être le début d'une

ulcération; on en trouve un semblable en avant entre les cordes vocales. Congestion de la moitié postérieure des deux poumons avec les noyaux indurés spécifiques, et rougeur de la muqueuse des bronches. Cœur normal. Foie congestionné, d'une couleur plus foncée qu'à l'état normal. Développement notable des glandes mésentériques.

XVII.—Fille de 6 mois 18 jours. Au niveau du pli fessier se trouve un ulcère sordide, gangreneux qui s'est développé depuis 4 jours. A ce que dit la nourrice (?), à cinq mois, on l'avait envoyée à la campagne en très-bonne santé. Dans la bouche on ne trouve que des cicatrices de lésions syphilitiques. On la soumet, mais inutilement, à l'usage de la poudre de Pollini. Les symptômes s'aggravent, elle devient anxieuse et meurt. *Autopsie.* Maigreur moyenne. Larynx rouge, recouvert de muco-pus. Un ulcère paraît en voie de se former vers le milieu de la glotte.

Congestion pulmonaire intense, surtout en arrière. Petits points d'hépatisation rouge circonscrite (pneumonie lobulaire) et induration du poumon gauche. Sur une coupe on voit sourdre, à la pression, du muco-pus par les orifices des bronches dont la muqueuse est rouge. Foie volumineux avec marbrures jaunâtres où le microscope découvre de la dégénérescence graisseuse. Rate volumineuse et congestionnée. Gonflement des glandes mésentériques.

XVIII.—Garçon de 2 mois 16 jours. Papules muqueuses ulcérées et ulcères cutanés nombreux aux cuisses et aux fesses. Les lésions prirent une rapide extension pendant les jours qui suivirent son entrée, puis survint l'aphonie et l'enfant succomba. *Autopsie.* Corps assez amaigri. Ulcère du larynx intéressant seulement la muqueuse, siégeant au-dessous de la corde vocale. Les poumons sont congestionnés, marbrés; ils présentent çà et là de petits noyaux indurés, les uns dans la plèvre, les autres dans l'épaisseur du parenchyme. Le microscope y révèle les exsudats et la

prolifération conjonctive caractéristique des syphilômes. Le cœur et le péricarde sont sains. Le foie est d'une couleur jaune-rougeâtre uniforme; la rougeur est plus marquée sur une zone qui correspond à son bord libre. Sur une coupe, cette coloration s'étend à quelques lignes de profondeur pour se confondre petit à petit avec celle du reste du parenchyme hépatique. Au microscope on y trouve de petits foyers hémorrhagiques, et de la dégénérescence graisseuse dans le reste de l'organe. Développement considérable des glandes mésentériques.

Fille de 6 mois et 16 jours. Plaques muqueuses ulcérées et tubercules plats multiples aux fesses et aux cuisses. Ils sont entourés d'une zone rouge sombre. État stationnaire pendant quelques jours, puis affaiblissement de la voix, coryza léger, mort. *Autopsie.* Corps assez bien nourri. Larynx normal. On ne trouve qu'un peu d'hyperhémie au niveau de l'épiglotte. Hépatisation de la partie postérieure et du sommet des deux poumons, constituée par une multitude de noyaux indurés confluents de pneumonie lobulaire et d'indurations analogues à celles que nous avons décrites. Par pression on fait sourdre un liquide puriforme par les orifices des bronches dont la muqueuse est très-rouge. Congestion du foie.

(La suite au prochain numéro.)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

La syphilis dans ses rapports avec le mariage, par M. le Dr E. LANGLEBERT, un vol. in-12, Paris, 1873, chez ADRIEN DELAHAYE, place de l'École-de-Médecine.

« De toutes les choses bouffonnes, le mariage étant la plus sérieuse.... » a dit Beaumarchais. Et, dans le mariage, dirai-je à mon tour, de tous les actes volontaires, le coït, pour la jeune épouse, étant le plus obligatoire, il importe que cet acte, à défaut d'agrément, ne crée pas un danger; car le danger, dans ce cas, menace, non-seulement la femme, mais toute sa progéniture.

Or, la société éliminant soigneusement les mâles tarés lorsqu'ils s'appellent *reproducteurs*, les admettant au contraire en libre pratique, leur conférant même un droit formel dès qu'ils portent le nom de *pères*, c'est au médecin de prendre le rôle que l'autorité décline; de remplacer, l'injonction par le conseil; de tracer, en un mot, et avec sa sanction morale et sanitaire, le code des devoirs, parfois ignorés, souvent méconnus, qui s'imposent à la conscience de tout honnête homme sur le point de contracter mariage.

Un auteur justement populaire, duquel certaines dissidences doctrinales nous séparent, mais dont nous reconnaissons hautement l'expérience et la loyauté, M. Langlebert, a entrepris ce travail. Il y a eu d'autant plus de mérite que cadre, divisions, règles, exemples, tout était à créer; tout

ou presque tout, car nous ne saurions nous montrer ici plus modeste que M. Langlebert n'a été équitable en reconnaissant avec sa franchise ordinaire des droits que nous voyons reconnus et proclamés avec d'autant plus de fierté qu'ils appartiennent au faisceau de titres dont s'honore l'École lyonnaise.

Suivons l'auteur dans son plan. Ce plan est assez vaste pour admettre toutes les critiques, toutes les additions que l'importance du sujet nous paraîtra commander; car, à côté des obstacles créés par la syphilis, il comprend ceux qui peuvent naître de l'existence des autres maladies dites vénériennes, chancrelle et blennorrhagie.

1^{re} question : Un individu qui a eu une chancrelle (chancre simple) peut-il se marier ?

Oui, réponds-je sans hésiter, et dès que son ulcère est cicatrisé.

Non, répond M. Langlebert; car, dit-il, « le diagnostic différentiel entre le chancre simple et le chancre infectant, — j'entends un diagnostic rigoureux, exempt du moindre doute et à l'abri de toute erreur, — n'étant possible dans aucun cas, le médecin devra conseiller à tout individu qui vient d'avoir un chancre supposé simple, d'attendre un certain temps avant de signer son contrat. »

Je m'élève hautement contre l'aveu d'impuissance contenu dans ces paroles : « le diagnostic différentiel entre chancrelle et chancre *n'est possible dans aucun cas.* » Certes, il serait souvent téméraire de vouloir porter ce diagnostic dès la première visite. D'autre part, certains sièges obscurs, profonds de l'ulcère imposent au praticien une sage temporisation : tels sont l'urètre, le vagin, le col utérin. Le phimosis doit être aussi rangé parmi les circonstances qui engendrent le doute et imposent la temporisation. Mais, à part ces conditions exceptionnelles, lorsque

j'ai pu suivre à découvert un ulcère pénien ou vulvaire pendant toute sa durée, le palper, constater l'absence d'adénopathie concomitante, je prends sans hésiter sur moi de déclarer son diagnostic non-seulement possible, mais facile, non-seulement facile, mais certain.

Un motif tout particulier, j'allais dire tout personnel doit avoir inspiré à M. Langlebert cette excessive réserve. On ne peut jamais, ou plutôt on ne peut pas, pendant les deux mois qui suivent un coït, être sûr que le sujet qui y a contracté une chancrelle n'a pas, soit dans ce coït-là, soit dans un autre ultérieur, contracté, *et au même point*, un chancre. Et comme ce chancre, d'après les lois de la pathogénie, éclôt beaucoup plus tard que la chancrelle, quand il naît et se développe sur le lieu même qu'occupe la chancrelle, il est nécessairement masqué durant un certain temps par celle-ci. La coïncidence des deux ulcères rend alors difficile, obscure, la constatation de chacun d'eux. Voilà donc une inconnue qui pèse sur le diagnostic.

Oui : mais cette inconnue est déterminée; on en connaît la source, les manifestations; on en connaît surtout les limites. Or, les plus longues incubations du chancre observées étant de deux mois, il est donc permis de déclarer apte au mariage tout individu qui, ayant été affecté depuis deux mois d'une chancrelle, et n'ayant pas eu depuis lors d'autre rapport sexuel, a vu cet ulcère guérir sans présenter les signes locaux auxquels on reconnaît la complication d'un chancre coexistant, c'est-à-dire l'induration et l'adénopathie.

Mais cette cause d'erreur si précise, si manifeste, si aisée à reconnaître, si aisée par conséquent à éviter, M. Langlebert ne l'admet point : il ne croit pas, lui, au chancre mixte!... Il se borne à le qualifier de *chancre mulet*.

Or, doctrinaire, il peut bien refuser son adhésion; mais praticien, et excellent praticien, il ne saurait fermer les

yeux, nier ce qu'il a vu et bien vu; c'est-à-dire nier que des ulcères offrant durant leur première période les caractères de la chancrelle aient spontanément revêtu plus tard ceux du chancre et aient finalement abouti aux manifestations secondaires. Aussi ne le nie-t-il point; mais cette éventualité, dont il ignore ou dont il méconnaît la raison, n'ouvre à son esprit que des ténèbres sans guide, et, ce qui est plus grave, en fait d'aptitude au mariage, que le motif d'une temporisation, je pourrais dire presque sans limite.

Jugez-en plutôt : « Lorsqu'un individu ayant actuellement un chancre mou, dit M. Langlebert, vient nous demander quand il pourra se marier, nous devons lui conseiller d'attendre six mois... On pourrait, à la rigueur, prendre ces six mois à partir du début du chancre ; mais, pour plus de sûreté, je pense qu'il est bon de ne les compter qu'à partir du moment où celui-ci sera complètement cicatrisé. N'oublions pas, d'ailleurs, que certains chancres mous durent souvent trois ou quatre mois et plus... »

Six et quatre ne faisant jamais moins de dix, — et faisant parfois plus, comme on nous l'apprend ici, — jugez du stage que le pauvre futur aura à fournir. Cela n'irait pas, on le voit, à beaucoup moins d'un an. Pour moi, je n'entends pas plus devenir arbitre entre les doctrines qu'entre les personnes; mais je crains bien pour la *haute école* parisienne qu'elle ne se laisse distancer par son humble rival de province; et, à la place du *cavalier*, c'est encore le *mulet* que j'enfourcherais de préférence, puisque son allure, la plus sûre comme on le sait, est aussi dans ce cas la plus rapide.

2^e question : Un individu a eu, il y a plus de six mois, un chancre dont aucun souvenir, aucun vestige ne peut révéler la nature : peut-il se marier?

Oui, s'il soutient d'une manière satisfaisante l'interrogatoire et l'examen auxquels un clinicien exerce, tel que M. Langlebert, va le soumettre; car cet examen, dont l'auteur nous donne, en huit pages, un modèle achevé, est fait pour réveiller ses souvenirs à lui tout autant que pour éclairer directement le praticien; et si ni l'un ni l'autre, après une demi-heure d'exploration minutieuse, de questions répétées, ne peuvent découvrir la moindre trace de syphilis, c'est, ou que la syphilis n'a pas existé, ou qu'elle est actuellement et depuis longtemps guérie. D'ailleurs, le questionnaire si complet qu'a rédigé notre auteur n'a pas son utilité bornée au seul mariage: sans parler du choix d'une nourrice, une foule d'autres situations dans la vie peuvent faire désirer à un ex-chancereux de savoir si, alors, il a été infecté oui ou non; le résultat de l'investigation réglementée par M. Langlebert a donc une vaste portée et une application essentiellement humanitaire, pour la société comme pour les individus.

3^e question: Un homme (1) atteint d'écoulement chronique de l'urètre peut-il se marier?

Oui, si cet écoulement n'est pas contagieux ou n'est pas exposé à le devenir sans nouveau coût. Mais une semblable réponse ne fait que transporter la difficulté, en nous amenant devant cette question on ne peut plus ardue: à quels signes reconnaître qu'un suintement urétral n'est plus contagieux, ou que, n'ayant pas cette propriété actuellement, aujourd'hui, ce soir, il n'est pas susceptible de la reprendre bientôt, demain matin, dans la nuit?

M. Langlebert, si précis d'habitude, de qui la précision est

(1) Et pourquoi ne rien dire des femmes, de leurs *perles blanches* nom rassurant sous lequel se cache si souvent un suintement, frot de contagion et essentiellement contagieux?... Addition inscrite d'urgence parmi celles que réclame la deuxième édition.

même l'un des grands mérites, me paraît, dans ce cas, s'être tiré d'affaire par une distinction, irréprochable sans doute en théorie, mais qu'il ne faut pas s'attendre à rencontrer aussi nette et surtout aussi facile à appliquer dans la réalité de la pratique. Il décrit, en deux chapitres successifs, deux états : l'un, le suintement muqueux, l'autre, la goutte militaire, et prononce que le premier, n'étant qu'une simple hypersécrétion des follicules muqueux, ne peut pas contagionner; que le deuxième, au contraire, résultant d'une inflammation circonscrite de la muqueuse urétrale, est contagieux au même titre que l'écoulement produit par l'urétrite aiguë.

Assurément cela est exact, très-exact; et nul spécialiste ne désapprouvera M. Langlebert de déclarer l'écoulement muqueux inoffensif, le purulent dangereux. Ce que je lui reprocherais, moi, c'est d'enseigner, ou, pour mieux dire, de laisser croire, d'après sa division si tranchée, qu'il y a, qu'on observe chez nos clients deux états, deux flux indépendants, distincts, ayant chacun sa cause, chacun son caractère innocent ou nuisible, et gardant ce caractère du commencement à la fin!... Or, c'est ce qui n'existe en aucune manière. Le flux muqueux est le plus ordinairement la terminaison d'un écoulement purulent; et il peut repasser, souvent il repasse temporairement à l'état purulent ou semi-purulent. Par contre aussi, la goutte militaire, habituellement purulente, a des périodes, parfois très-longues, où elle n'apparaît que sous forme d'un écoulement, où entièrement, ou presque entièrement muqueux; alternances fréquentes, se succédant à bref délai, insidieuses par leur imprévu, insidieuses par leur bénignité apparente, et qui, cliniquement comme pathogéniquement, commandent de faire des deux états précités non pas deux maladies différentes, mais bien deux périodes de la même maladie.

M. Langlebert sait cela tout aussi bien que nous; car il note d'abord « que c'est dans le globule purulent que réside exclusivement le pouvoir contagieux de la blennorrhagie, » ailleurs : « que l'écoulement muqueux ne contient qu'une proportion insignifiante de globules purulents; » enfin et très-expressément « qu'un écoulement réduit à du mucus pur ou presque pur peut, sous l'influence d'une excitation vénérienne, revenir en quelques heures à l'état purulent. » Aussi lui demandons-nous formellement de modifier, sur ce point, dans l'édition prochaine, la distribution de ses matières, et de ne plus distinguer typographiquement ce qui, dans son esprit comme dans la nature, n'est, ne fait qu'un.

Revenons maintenant au point de départ. Quel conseil donner à ceux qui *porteurs*, comme on dit, d'une goutte militaire (et qui oserait appeler ce fardeau léger!) demandent à se marier?

Évidemment, il faut d'abord tâcher de les guérir, but essentiel, entouré d'écueils, mais dont la poursuite toujours laborieuse ne doit figurer ici que pour mémoire.

Si l'on n'a point réussi, voir, mais voir de près, sans s'en rapporter aux clients, voir directement, à l'heure spécialement propice pour cet examen, si la goutte est ou non purulente; et si ce ne serait point parce qu'elle ne l'est pas, parce qu'elle ne l'est à aucun degré, que cette sécrétion, justement à titre de sécrétion naturelle, est intarissable?

Or, s'il en est ainsi, faut-il, peut-on accorder la permission d'épouser?... Pas encore; il reste à savoir si l'état muqueux n'est pas susceptible de se transformer, à première ou seconde vue, en état purulent?... Point important, problème délicat, dont la médecine ne peut pas élaborer, opérer la solution par des conseils directs, mais que, dans notre état actuel de civilisation, — d'autres préféreraient

dire de dépravation, et je n'impose mon opinion à personne, — on arrive presque toujours à éclairer d'une manière suffisante en interrogeant le client sur sa vie passée, sur ses relations habituelles ou passagères, et sur l'effet immédiat produit par chacune de ces relations sur sa sécrétion urétrale.

Entraîné par le sujet, je me suis un peu substitué à notre auteur, qui n'est pas aussi explicite sur le chapitre des prohibitions. Il introduit même, dans leur formule, un tempérament que nous connaissons, que nous sommes parfois réduits à admettre, mais dont, comme d'ailleurs il le spécifie fort bien lui-même, il ne faut user qu'avec une extrême réserve. Aux clients qui sont forcés de se marier, qui, malgré nos avertissements, veulent absolument, avec un état urétral douteux, se marier, « on devra recommander, dit M. Langlebert, de s'observer chaque jour et de s'abstenir immédiatement de tout rapport sexuel, s'ils s'aperçoivent que leur suintement a pris une teinte jaunâtre et est devenu plus abondant. »

Ce conseil peut rendre des services, je l'avoue; mais pourvu qu'on ne le donne qu'à titre d'expédient temporaire. Quant à moi, si je le communique au futur, ce n'est que comme moyen de prendre possession, de planter sans péril son drapeau sur la terre conquise; mais à la condition expresse que, après les deux ou trois premiers jours, il s'abstiendra, feindra quelque indisposition et se traitera sérieusement, en gardant la continence. — Mais usitée autrement, comme *modus vivendi* habituel, la pratique ci-dessus n'est point admissible; elle ne donne ni sécurité, ni repos de conscience. Est-on sûr de discerner toujours, disons mieux, de deviner, avant qu'il éclate, un état qui peut naître entre deux relations, dans l'espace de quelques heures? Comment faire fructueusement, au milieu de la nuit, sous l'aiguillon du désir, un pareil examen? S'il

est négatif, son résultat sera-t-il pour cela bien rassurant ? Ce résultat ne dépendra-t-il pas d'un laps de temps insuffisant écoulé depuis la mixtion précédente ? Et ce témoignage redouté, même quand il parle le plus éloquentement, trop de motifs ne portent-ils pas le jeune époux à enfreindre son avertissement importun ?.. Mais le lendemain, quel réveil, quelles angoisses, quels tourments ! Et passer ainsi ses plus belles années ! N'est-ce point quelque enfer oublié par le Dante que cette perpétuelle et trop juste terreur de l'invasion d'un mal immonde chez l'être adoré, qu'on ne peut prévenir, qu'on ose à peine interroger, terreur qui remplace la quiétude promise et les sereines douceurs de la lune de miel !

Je passe sur quelques instructives pages relatives à l'interdiction de mariage pour cause d'engorgement des épидidymes, sur une intéressante digression à propos des terreurs chimériques qu'engendre une *goutte* même inoffensive ; je passe enfin, mais cette fois à mon vif regret, sur un excellent moyen pratiqué avec succès par l'auteur pour triompher de l'impuissance qu'entretient souvent, en pareil cas, la crainte d'être impuissant. Mais ce moyen risquant d'échouer s'il était divulgué, je dois renoncer à en donner même une idée sommaire, laissant à chaque confrère le soin d'en prendre connaissance dans l'ouvrage même.

Le quatrième chapitre nous amène enfin au titre même de ce livre, à la question la plus sérieuse pour la société, comme pour l'individu, à la syphilis. Et cette question, M. Langlebert la pose tout d'abord dans ses vrais termes, c'est-à-dire dans toute sa généralité, en se demandant quelle aptitude à se marier sans crainte peut avoir « un individu qui est, ou a été atteint d'un chancre infectant, lequel sera, est ou a été suivi d'accidents secondaires ou tertiaires. » C'est, en effet, à ces diverses périodes que les

clients nous adressent la redoutable question. Tandis que le blennorrhagien ne consulte que sur un mal visible, actuel, dont l'absence, si elle est bien constatée, implique sécurité complète; le chancreux, au contraire, nous offre un problème à deux faces. Avec lui, il faut tantôt prévoir l'avenir d'après le présent, tantôt savoir lire dans le passé sur la foi de simples indices ou de souvenirs éteints ou confus (1). Aussi est-ce vraiment là une œuvre méritoire, où la sagacité et l'expérience sont également nécessaires, œuvre dont le succès, d'ailleurs, n'est guère devenu possible, ainsi que M. Langlebert le proclame et a le droit de le proclamer, que depuis les recherches accomplies en syphiligraphie pendant les vingt dernières années.

Aussi m'abstiendrai-je maintenant de distinguer entre ses opinions et les miennes; car, sur ce sujet, nous sommes plus que d'accord; et je puis, non sans un vif plaisir et quelque fierté, dire que le lire, c'est me lire. — Ici il faut procéder par demandes et réponses, afin d'être aussi clair, aussi précis que l'exige la gravité des intérêts mis en jeu.

La syphilis est-elle curable?

Oui, en règle générale. Oui, assurément, cette maladie *peut* guérir.

Est-elle curable dans la plupart des cas?

Oui encore, dans les trois quarts environ.

Cette curabilité peut-elle se prévoir, se reconnaître? En d'autres termes, existe-t-il des données qui, soit au début du mal, soit quand celui-ci a parcouru quelques-unes de ses périodes, autorisent le médecin à dire à un individu : « Vous appartenez à la classe de ceux qui peuvent espérer de guérir, et par conséquent de se marier en sûreté? »

(1) Le Formulaire tracé par M. Langlebert pour l'interrogatoire des individus suspectés d'avoir eu la syphilis, et dont nous avons parlé ci-dessus, offre au médecin, dans cette circonstance, de précieuses ressources.

A cette question, il y a trente ans, la réponse était simple et formelle. « Prenez du mercure en quantité suffisante, pendant trois ou quatre mois, disait-on au malade, et ne vous inquiétez plus de rien. »

Aujourd'hui, sans négliger le moins du monde celui-ci, nous faisons intervenir d'autres facteurs dans la solution du problème. Le traitement influe sans doute sur la guérison, sans doute son influence est très-puissante; mais il ne donne point une garantie absolue, tant s'en faut. Et peut-être serait-il vrai de dire qu'il est aussi dangereux de se croire, grâce à lui, exempt de danger pour l'avenir que de renoncer à son précieux secours. D'autres données nous éclairent sur l'issue probable de chaque cas de vérole. Et puisque l'auteur analysé a jugé à propos de me les emprunter, je me bornerai, — fort honoré, j'entends par là fort et honoré de son approbation on ne peut plus explicite, — à répéter ici que ces données sont, par ordre de date : 1° les caractères objectifs du symptôme initial, du chancre; 2° la nature des lésions de la première poussée; 3° la gravité de la chloro-anémie coexistante; 4° le nombre, l'intensité, la durée, l'espacement des poussées successives, jadis connues sous le nom de *récidives*; 5° enfin la constitution du sujet, ses maladies antérieures ou actuelles, son genre de vie, son régime, sa susceptibilité morale, sa docilité à suivre les prescriptions, la possibilité pour lui de recevoir toujours celles du même médecin, etc.

Échelonnés durant le cours de la maladie, ces éléments de diagnostic prévisionnel servent plus ou moins, mais servent tous à en éclairer le caractère, le degré d'intensité, l'issue finale, en d'autres termes la curabilité. C'est dans leur appréciation intelligente, attentive, et j'ajoute faite sans parti pris, que le praticien trouvera de quoi répondre aux questions que, à chaque instant, chaque client lui adresse à chaque phase de la maladie.

Mais enfin, en supposant que le cas ait été bénin, à quelles conditions et à quel moment est-on autorisé à dire à un ex-vérolé : « Vous pouvez vous marier sans crainte d'être exposé à un retour des symptômes? »

Quand est-on autorisé à tenir ce langage?... En principe, *jamais*; car, dirai-je avec M. Langlebert, « si la syphilis est une maladie dans la plupart des cas curable, aucun signe particulier n'en révèle sûrement la guérison. »

Mais cette incertitude est-elle un motif suffisant pour condamner indistinctement au célibat tous ceux qui ont été atteints de syphilis?... Si quelques pères de famille dont je ne désapprouverai jamais le rigorisme pensent et agissent ainsi, lorsqu'il s'agit du sort de leur fille, le médecin, moins sévère, donne son consentement lorsqu'il y a en faveur de la guérison un certain nombre de probabilités.

Or ces probabilités, calculées d'après les données qui précèdent, peuvent, selon M. Langlebert, se résumer dans la formule suivante :

« Tout individu qui, ayant eu une syphilis bénigne ou de moyenne force, convenablement traitée pendant quinze à dix-huit mois, *a passé ensuite une année sans être atteint d'aucun autre accident*, peut être considéré comme guéri. On pourrait donc, à la rigueur, lui permettre aussitôt de se marier. Mais comme, en pareille matière, on ne saurait prendre trop de précautions, j'ai pour habitude, quand rien ne s'y oppose, de demander, comme temps d'épreuve, une année de plus. Et quand le mariage est décidé, j'exige encore de mon client qu'il se soumette *ante nuptias*, et pendant deux ou trois mois, à un nouveau traitement spécifique. »

Au lieu d'énoncer en détail les observations critiques auxquelles cette formule me semble prêter, je préfère, et je termine par là, présenter la mienne :

Je déclare *mariable* l'individu qui, atteint d'une syphilis

faible ou moyenne (sur le degré d'intensité de laquelle j'ai pu me renseigner avec précision), atteint, dis-je, de cette espèce de syphilis, traitée ou non par les spécifiques, a passé une année à partir des derniers symptômes disparus, sans en offrir de nouveaux. J'abaisse à huit mois ce chiffre d'un an, si les derniers mois passés sans accidents correspondent au printemps, époque où les manifestations d'une syphilis mal éteinte sont plus vivement sollicitées à repaître. — Si la syphilis a été moyenne plutôt que faible; si la garantie d'un an de santé ne m'est pas accordée complètement; si quelques engorgements cervicaux, quelques traces de chloro-anémie, quelques plaques buccales syphilitiques persistent, je condamne l'époux à retarder le moment où il sera père, et ne lui permets de le devenir qu'à la fin, et immédiatement à la fin d'un cours mercuriel de trente ou quarante jours, se terminant en même temps que l'une des périodes menstruelles de madame.

Ce dernier précepte montre assez que dans la syphilis du mari je me préoccupe de deux dangers : l'un pour sa femme, l'autre pour ses enfants; dangers qui sont tantôt séparés, tantôt connexes; dont l'un, le dernier, moins immédiat et moins certain, est plus durable, plus difficile à éviter, plus sérieux dans ses conséquences. Jusqu'à quel point mérite-t-il d'être pris en considération et comment peut-on le conjurer? C'est ce que nous allons maintenant examiner en continuant l'examen du très-intéressant et souverainement utile ouvrage de M. Langlebert.

P. DIDAY.

(La fin prochainement.)

REVUE DES JOURNAUX.

CAS D'AFFECTION SYPHILITIQUE DE LA TROISIÈME PAIRE PRODUI-
SANT DE LA MYDRIASE, AVEC OU SANS PTOSIS, par V. de
Méric.

1^{re} OBSERVATION. — Il s'agit d'un homme de trente ans qui
vint pour la première fois consulter l'auteur le 19 jan-
vier 1868. Il avait une très-légère blennorrhée. Sur le front
et la nuque petites papules cuivrées, taille ordinaire, bien
constitué, mais un peu pâle; fonctions régulières.

Cinq ans auparavant, il avait eu un chancre du gland, et
quelques semaines après une éruption générale. Un trai-
tement mercuriel, quoique mal supporté, fut continué à
Londres après avoir été commencé à l'étranger. Plus tard
le malade fut soumis à l'usage de l'iodure de potassium,
de la salsepareille; il continua ces remèdes pendant plu-
sieurs mois, et depuis cette époque il n'était survenu aucuns
symptômes syphilitiques.

Le malade fit alors un voyage dans le midi de l'Europe
et revint à Londres au mois de mai. A ce moment il exis-
tait quelques papules disséminées sur la figure et à la nu-
que; la blennorrhée persistait toujours.

On ordonna une injection de bismuth et la continuation
de l'iodure de potassium. Quelques jours plus tard, le ma-
lade se plaignit d'un état confus de la vue, et je constatai
une dilatation prononcée de la pupille; il avait de l'am-
blyopie quand il essayait de lire des deux yeux, mais point
de diplopie. La vision n'était parfaite que de l'œil droit.

Il n'existait ni ptosis, ni paralysie des muscles droits ou obliques. Pas de céphalalgie, ni de troubles de la santé générale. Prescription : 0,25 d'iodure de potassium trois fois par jour, un vésicatoire derrière l'oreille et application sur l'œil d'une compresse imbibée d'une solution d'acétate de plomb.

L'état restant stationnaire et la pupille du côté gauche étant fortement dilatée, on introduisit sous la paupière inférieure gauche un petit disque préparé à l'extrait de fève de Calabar, et on augmenta la dose de l'iodure. La pupille se contracta énergiquement sous l'influence de la fève de Calabar, mais la paralysie des fibres circulaires revenait ordinairement le soir avec tous les symptômes amblyopiques.

L'examen du fond de l'œil fournit les indications suivantes : rétine en bon état, congestion légère de la choroïde ; pas d'amblyopie, mais vision imparfaite de l'œil gauche par suite de défaut d'accommodation. On continue la fève de Calabar et l'iodure de potassium.

Ce traitement fut suivi régulièrement pendant six mois. Au bout de trois mois, on avait cessé la fève de Calabar. La dose de l'iodure avait été portée à 3 grammes par jour. Sous l'influence de cette médication les pupilles avaient repris leur fonctionnement normal.

Cet homme a été revu un an après le début de la mydriase : la guérison ne s'était pas démentie, seulement si le malade lisait un peu longtemps, le soir, la vue se troublait. Il n'était pas survenu de nouveaux symptômes syphilitiques.

2^e OBSERVATION. — *Mydriase syphilitique de l'œil gauche ; ptosis ; aucune autre paralysie oculaire.*

Ce cas a pour sujet un homme qui, dix-sept mois auparavant, avait eu la syphilis. Lorsque le docteur de Mérie

le vit, en 1869, la vue de l'œil gauche était altérée, un peu d'épiphora; dilatation légère de la pupille.

Vision parfaite du côté droit, mais trouble oculaire du côté gauche, ainsi que lorsqu'on se sert des deux yeux. Point de diplopie réelle, ni de ptosis. En raison des antécédents, et bien qu'un traitement eût été fait autrefois, on prescrivit de nouveau les préparations mercurielles; et comme, quelques jours après, le ptosis avait encore augmenté, on appliqua des disques de fève de Calabar. L'examen ophtalmoscopique montra que les parties profondes de l'œil étaient dans de bonnes conditions. Pas de paralysie des muscles droits ou obliques; le releveur de la paupière était faible. Vision confuse par suite du défaut d'accommodation. On continua l'usage de l'iodure de potassium, l'emploi de la fève de Calabar, les vésicatoires, et deux ou trois fois par semaine le malade fut soumis à l'action d'un courant électrique sur le front. Des accidents syphilitiques (psoriasis palmaire) ayant reparu, on remplaça l'iodure de potassium par l'iodure de mercure.

Cinq mois après le début du traitement, les pupilles avaient repris à peu près leur dimension normale.

3^e OBSERVATION. — *Syphilis tertiaire; nécrose de l'os orbitaire; mydriase; immobilité de l'œil; pas de ptosis.*

L'individu qui fait le sujet de cette observation avait eu la syphilis cinq ans auparavant et en dernier lieu une paralysie de presque toutes les branches de la troisième paire du côté droit. Les ravages produits par la syphilis se révélaient par les signes suivants: dépression profonde de l'os frontal, aplatissement du nez par suite de la nécrose du vomer, perforation du voile du palais à sa partie postérieure et dont une portion était presque complètement détruite.

Au moment de son entrée à l'hôpital, il existait une tuméfaction considérable des parties molles péri-oculaires,

avec une tumeur vers le canthus interne : douleurs vives, vision confuse, pupilles et mouvements du globe oculaire normaux. L'abcès ouvert, on enleva plusieurs fragments cariés du maxillaire supérieur et de l'unguis. Les mouvements du globe oculaire devinrent alors incomplets; dilatation et insensibilité progressives des pupilles; l'œil enfin resta tout à fait fixe, quoiqu'il n'y eût pas de paralysie de la paupière supérieure.

Le traitement fut le même que pour les malades précédents : iodure de potassium à haute dose, préparations de quinquina, etc., application d'extrait de fève de Calabar.

A l'ophtalmoscope on ne trouva pas de lésions dans les parties profondes de l'œil. Après un traitement de trois ou quatre mois, la santé générale s'était notablement améliorée, mais l'œil était resté à peu près fixe et mydriasique. La dilatation de la pupille reste à son maximum et n'est nullement influencée par la lumière, tandis qu'elle se contracte d'une manière énergique par la fève de Calabar. Les milieux transparents de l'œil sont clairs, le point d'émergence du nerf optique est d'un gris blanchâtre. La veine centrale et les branches de la rétine sont, dans l'œil droit, plus épaisses que dans l'œil gauche et vont en serpentant. Le malade peut voir les doigts à 13 et 20 pieds de distance de l'œil malade, quand on fait contracter la pupille avec la fève de Calabar. Il lit avec Jäger n° 20.

4^e OBSERVATION. — *Symptômes primitifs destructifs; syphilis généralisée; manifestations graves; affection de la troisième paire avec ptosis; scrofule; engorgement syphilitique des glandes cervicales.*

Le malade dont cette observation nous offre l'histoire avait eu la syphilis cinq mois auparavant. Au moment où M. de Méric le vit, sa figure était couverte de rupia et l'œil gauche présentait des symptômes morbides indiquant une

altération de la troisième paire. Mydriase, ptosis et paralysie de quelques-uns des muscles droits. On prescrivit la fève de Calabar, des vésicatoires derrière l'oreille et de fortes doses d'iodure de potassium. Il y avait non-seulement de l'amblyopie, mais encore de la diplopie qui tenaient à la contraction du droit externe.

Sous l'influence de cette médication, le ptosis diminua graduellement et la pupille commença à se contracter. Trois ans plus tard, le malade était dans de bonnes conditions de santé générale, seulement l'état de l'œil réclamait encore un traitement de six mois.

5^e OBSERVATION. — *Syphilis tertiaire; affection de la troisième paire; mydriase; ptosis.*

6^e OBSERVATION. — *Affection de la troisième paire; mydriase; ptosis.*

De ces deux dernières observations, la cinquième est tout à fait la reproduction des précédentes au point de vue des symptômes locaux, du traitement et des résultats. Dans la dernière, la nature syphilitique de la lésion de la troisième paire est loin d'être évidente; ce fait est plutôt destiné à montrer quelle est la puissance des préparations mercurielles dans les cas de ce genre.

Remarques. — L'auteur fait observer que, dans les six observations dont nous venons de tracer l'esquisse sommaire; les lésions oculaires ont constamment et favorablement été modifiées, sinon complètement guéries: considération très-importante au point de vue du pronostic.

Il ressort encore de ces faits que la syphilis peut agir sur le nerf moteur oculaire de la même manière que la diathèse rhumatismale, l'inflammation, les tumeurs, les abcès, etc. Si dans deux des six observations que contient ce travail l'existence de la syphilis ne paraît pas absolu-

ment démontrée, il n'en est pas de même dans les quatre autres, où la syphilis généralisée était bien évidemment la cause des altérations oculaires. Ces cas, du reste, sont rares. On peut cependant déduire de ceux rapportés par l'habile clinicien de Londres que la troisième paire est susceptible d'être atteinte par la syphilis, à la suite de symptômes généraux légers comme des symptômes graves, à la période secondaire comme à la période tertiaire.

Le pronostic est en général favorable; cela ressort des cas ci-dessus et d'autres antérieurement publiés.

Quant au traitement, on administrera les préparations mercurielles ou iodurées, suivant les cas. Doit-on avoir recours à la fève de Calabar? Les résultats mentionnés ci-dessus par M. de Méric tendraient à prouver qu'il y a quelque avantage à exciter les fibres circulaires de l'iris, ne serait-ce que pour donner à la médication générale le temps d'agir de manière à favoriser la résorption des épaissements de l'enveloppe des nerfs. L'auteur suppose, et avec raison, selon nous, que, dans la syphilis, il se produit un épaissement de l'enveloppe du nerf, comme cela a lieu pour d'autres tissus fibreux sous l'influence de la même diathèse. Toutefois, ce n'est que par des nécropsies, des études histologiques répétées, que l'on pourra élucider complètement ce dernier point.

Nous nous bornerons à faire observer à notre savant confrère que si la syphilis produisait en effet une telle altération, elle devrait la produire indistinctement sur l'enveloppe de tous les nerfs du corps humain, déterminer par conséquent des paralysies de n'importe quel cordon nerveux. Or, les paralysies, on ne peut le méconnaître, et les précieuses observations dues à la vaste expérience de notre collègue en sont la meilleure preuve, les paralysies d'origine syphilitique se remarquent de préférence sur les nerfs qui traversent un canal ou un trou osseux, consi-

dération puissante pour faire attribuer au périoste interne une partie au moins des effets de compression qu'il signale comme propres au névrilemme.

Quant au courant électrique employé chez un des malades, il ne paraît pas non plus avoir été sans exercer une influence favorable sur son affection.

Outre ces six observations, M. le docteur de Méric en rapporte deux autres qui lui ont été communiquées, la première par M. le docteur Sælberg Wells, et la seconde par M. le docteur Lawson Tait. Ces observations ont beaucoup d'analogie avec les précédentes, soit par rapport aux phénomènes oculaires qui parurent être sous la dépendance de l'infection syphilitique, soit aussi quant à l'influence curative de l'iodure de potassium.

(British medical journal.)

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF

des Annales de Dermatologie.

MONSIEUR ET TRÈS-HONORÉ CONFRÈRE.

Nous avons reçu du Comité exécutif du Congrès médical international de Vienne (Autriche), composé des professeurs Rokitansky, Sigmund, Hébra, Benedikt, Schutzler, les documents ci-joints avec prière de les traduire et de les faire parvenir aux journaux médicaux français.

Nous nous empressons de déférer au désir exprimé par le Comité, en faisant appel, au nom du Congrès, à votre publicité.

LA RÉDACTION des Archives générales de médecine.

TROISIÈME CONGRÈS MÉDICAL INTERNATIONAL A VIENNE

1^o — Statuts.

Le Congrès se réunit sous le protectorat de S. A. l'archiduc Rainer, pendant la durée de la grande Exposition de Vienne, du 2 au 10 septembre 1873.

Sont membres du Congrès : 1^o les membres du Comité exécutif chargé de préparer l'organisation ; 2^o les délégués des gouvernements, des corporations scientifiques (universités, académies, associations médicales, hôpitaux) ; 3^o tous les médecins et naturalistes qui, voulant prendre part aux travaux du Congrès, se sont fait inscrire à la présidence jusqu'au jour de l'ouverture.

Les membres du Congrès n'ont pas à acquitter de cotisation. Les séances sont publiques.

Tous les membres ont droit de prendre part aux discussions et aux votes dans les formes qui seront spécifiées au programme des travaux.

Le programme des séances se compose : 1° des questions mises à l'étude par le Comité exécutif ; 2° des questions proposées à la présidence jusqu'au 1^{er} mai et portées à l'ordre du jour d'une séance.

Les questions suivantes sont proposées par le Comité exécutif : 1° la vaccination ; 2° les quarantaines et le choléra ; 3° la prostitution ; 4° l'assainissement des villes ; 5° la création et l'adoption d'une pharmacopée internationale ; 6° l'étude des moyens propres à introduire l'uniformité dans l'enseignement médical de tous les pays, et celle des mesures relatives à la collation des grades et à l'exercice de la médecine.

Le Comité exécutif délègue un ou plusieurs commissaires pour rédiger un rapport sur chaque question et formuler au besoin les propositions auxquelles elle donnerait lieu. Ces rapports, qui serviront de base aux discussions, seront imprimés pour être remis aux membres avant l'ouverture du Congrès.

La présidence de la première et de la dernière séance revient de droit au président du Comité exécutif (professeur Rokitansky). A la première séance il sera procédé à l'élection des présidents pour les séances suivantes.

Le bureau des séances se compose de membres du Comité exécutif qui fonctionneront pendant toute la durée du Congrès.

Il n'y a pas de vote sur les questions purement scientifiques. Ne seront soumises au vote que les propositions afférentes à des mesures administratives intéressant la santé publique. Les élections et les votes se font par bulletins.

La langue du troisième Congrès international médical est l'allemand ; cependant d'autres langues sont admises pour les discussions. Les communications de la présidence se font en allemand avec la traduction en français, en anglais et en italien. Il en est de même de la rédaction des actes du Congrès.

A l'avant-dernière séance, on fixera la date et le lieu de réunion du quatrième Congrès international, et on nommera le Comité exécutif.

2° — Programme.

Les séances ont lieu tous les jours, les dimanches exceptés, et

en principe de neuf heures du matin à une heure de l'après-midi.
(Suivent des dispositions de détail sur le mode de votation.)

Les communications ne peuvent être faites en séance que par leurs auteurs. La correspondance et tous les travaux adressés au Secrétariat général seront portés à la connaissance des membres dans une séance spéciale, et les exemplaires envoyés seront distribués aux membres du Congrès.

Aucun orateur ne peut garder la parole au delà de quinze minutes, à moins d'une délibération de l'assemblée.

Pendant la durée du Congrès, il sera imprimé par les soins de la présidence un journal quotidien contenant toutes les indications utiles aux membres du Congrès.

Les procès-verbaux, qui paraîtront aussitôt que possible après la clôture, ne renfermeront en substance ou en extrait que les communications mises par les auteurs à la disposition du Secrétariat général.

Le Secrétariat général est chargé du compte rendu administratif.

Vienne, mars 1873.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

Leçons sur la syphilis étudiée plus particulièrement chez la femme, par le Dr A. Fournier, un vol. in-8°; Paris, 1873, chez A. Delahaye.

Le Chancre simple chez l'homme et chez la femme, par le Dr P. Labarthe, broch. in-8°; Paris, 1873, chez A. Delahaye.

Du Traitement de la syphilis, par le Dr Blacher, broch. in-8°; Paris, 1873, chez A. Delahaye.

De l'Epiderme et des épithéliums, par le Dr Farabœuf, grand in-8°; Paris, 1873, chez G. Masson.

Les Affections vénériennes et leur prophylaxie générale à Bordeaux, par le Dr Lande, in-8°; Paris, 1873, chez G. Masson.

Des Fumeurs et des mangeurs d'opium, etc., par le Dr Armand, in-8°; Paris, 1873, chez G. Masson.

On the treatment of diseases of the skin, par le Dr Mc. Call Anderson, vol. in-12; London, Macmillan and Co.

Du Traitement simple et du traitement spécifique des accidents vénériens, par A. Bertherand, broch. in-8°; Paris, 1873, chez J.-B. Baillière.

Le gérant : G. MASSON.

ANNALES
DE
DERMATOLOGIE
ET DE
SYPHILIGRAPHIE

I.

DES AFFECTIONS VISCÉRALES DE LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE (1), par le D^r E. LANCEREAUX, médecin des hôpitaux de Paris, agrégé de la faculté de médecine, etc.

La syphilis héréditaire, plus encore que la syphilis acquise, tend à affecter les organes profonds ou viscères. Tous sans exception peuvent subir ses atteintes, et cela se conçoit puisqu'il n'en est aucun qui ne renferme des tissus formés aux dépens du feuillet moyen du blastoderme, tissus sur lesquels le virus syphilitique porte spécialement. Dans le but d'étudier son action, les altérations qui sont du ressort de la syphilis héréditaire, nous allons passer successivement en revue les principaux organes destinés à l'entretien de la vie de l'individu ou de l'espèce.

Affections des testicules et des reins. — Les affections testiculaires ont été jusqu'ici rarement observées. Cepen-

(1) Extrait du *Traité de la Syphilis*, qui doit paraître prochainement chez Germer-Bailliére.

dant un cas de syphilis héréditaire avec tuméfaction de l'un des testicules a été rapporté par North (1); la même affection a été vue par Bryant (2) chez un enfant de six mois. Le docteur Obédénare m'a envoyé de Bucharest la photographie d'un jeune enfant atteint d'un testicule syphilitique, et chez lequel on voit la tumeur testiculaire faire hernie à travers une ouverture du scrotum (fongus du testicule).

Les lésions des reins ont été également peu étudiées. Mon collègue, le docteur Tarnier, ayant eu l'obligeance de me donner à examiner les viscères d'un enfant né de parents syphilitiques, je constatai, en même temps que l'altération du foie si bien décrite par Gubler, l'existence d'une lésion rénale caractérisée par l'épaississement de la trame conjonctive et une altération granulo-graisseuse des cellules épithéliales des tubuli. Les reins, assez fermes, étaient remarquables par une teinte jaunâtre semblable à celle que présente souvent, dans les mêmes conditions, la surface du foie. Bradley (3) a observé chez un enfant de quatre mois, atteint de syphilis héréditaire, la disparition d'une albuminurie avec œdème de la face et des membres supérieurs à la suite d'un traitement mercuriel.

Affections du tube digestif et du péritoine. — Forster (4) signale la dégénérescence fibroïde des glandes de Peyer chez un enfant syphilitique qui mourut le sixième jour après sa naissance, et qui, entre autres affections, présentait une pneumonie lobulaire et une bronchite purulente. Au niveau des plaques existaient des masses saillantes, à surface lisse, d'une teinte rose grisâtre, jaunâtre au centre,

(1) North, *Med. Times and Gaz.*, 1862, t. I, p. 403.

(2) Bryant, *Medical Times and Gaz.*, déc. 1863, p. 614.

(3) Bradley, *Hydrop. syph. des reins*, *British med. Journ.*, febr. 4, 1871.

(4) Würzburg, *medizinische Zeitschrift*, 1863, t. IV, part. 1. 1863.

et constituées en grande partie par des noyaux, des cellules et des fibres de tissu conjonctif, substitués aux éléments glandulaires.

Éberth (1), Roth (2), Oser (3) ont observé des faits du même genre. L'altération intestinale, qu'ils décrivent sous le nom d'entérite syphilitique, appartient toujours à des nouveaux-nés atteints de syphilis héréditaire. Elle est caractérisée par des indurations multiples, circonscrites, de volume variable, le plus souvent arrondies, siégeant au niveau des plaques de Peyer ou des glandes solitaires. La muqueuse qui tapisse ces indurations ou petites tumeurs est tantôt lisse et simplement ardoisée, tantôt plus ou moins profondément ulcérée ou détruite. Dans ce dernier cas, la nouvelle formation se présente sous forme d'une eschare sèche peu étendue, qui, une fois éliminée, laisse à sa suite un ulcère à fond brillant et lardacé. Cette altération, qui peut affecter toutes les couches de la muqueuse intestinale, mais qui se localise plus spécialement à la tunique sous-muqueuse, est constituée à la fois par une infiltration de cellules analogues aux cellules lymphatiques, et une formation conjonctive plus ou moins abondante; les villosités correspondantes sont ou hypertrophiées ou détruites.

Simpson (4) admet l'existence d'une péritonite syphilitique héréditaire, d'après un total de trente et une observations personnelles; mais ces observations sont loin d'être toutes parfaitement concluantes. Les unes laissent en doute la question de l'hérédité, les autres font à peine mention de

(1) G. J. Éberth, *Ueber eine eigenth., vielleicht syphilit. Enteritis*, Archiv für path. Anat. und Physiol., t. XL, p. 326, 1867.

(2) Roth, *Enteritis syphilitica*, Archiv f. path. Anat. und Physiol., t. XLIII, p. 298.

(3) Oser, *Fälle von Enteritis syphilitica*, Archiv für Dermatol. und Syphilis., t. III, p. 27, 1871.

(4) *Edinburg Med. and Surg. Journ.*, n° 37, et *Obstetric. Works*, Obs. V, VI, VII, t. II, p. 172.

l'état des organes de l'abdomen et particulièrement du foie. Dans trois cas de syphilis héréditaire, Wilks a trouvé des adhérences entre le foie et le diaphragme, et deux fois une péritonite généralisée. Gubler a noté dans plusieurs cas de syphilis hépatique des traces de périhépatite. Baerensprung (1) a vu dans maintes circonstances, à la surface du foie, de la rate ou même des intestins, des dépôts pseudo-membraneux mous et peu consistants, ou fermes et résistants et comme ligamenteux. De l'accord de ces divers auteurs, on peut conclure que la péritonite, qui est une manifestation de la syphilis acquise, est aussi un accident de la syphilis héréditaire. Les caractères de cette affection, le plus souvent localisée à certaines parties du péritoine, sont ceux de la péritonite chronique adhésive, c'est-à-dire d'une lésion qui ne se manifeste ni par la suppuration, ni par une marche rapide, ni par des symptômes aigus.

Le pancréas est rarement lésé chez le fœtus ou chez le nouveau-né qui hérite de la syphilis. Virchow (2) a observé dans un cas la dégénérescence graisseuse de cette glande, et d'autres auteurs ont pu noter l'induration de ce même organe. Il n'est aucun fait, à ma connaissance, où il soit question de l'altération des glandes salivaires.

Affections du foie et des glandes vasculaires sanguines.

— Le foie est l'un des organes les plus exposés aux atteintes de la syphilis héréditaire, et ce fait ne doit pas étonner, lorsqu'on connaît les importantes fonctions de cette glande chez le fœtus, et la facilité avec laquelle elle est susceptible de s'altérer dans la syphilis de l'adulte. Peu ou pas connues des anciens auteurs, les lésions hépatiques liées à la syphilis héréditaire sont de deux ordres, les unes diffu-

(1) *Die hereditäre Syphilis*. Berlin, 1864.

(2) *Syphilis constitutionnelle*, traduct. franç. de Picard. Paris, 1859.

ses, les autres circonscrites et très-analogues aux lésions gommeuses.

Gubler a le mérite d'avoir, pour la première fois, bien décrit les lésions diffuses (hépatite diffuse), qui dans l'espèce sont les plus fréquentes. Le foie, plus volumineux qu'à l'état normal, est turgide, globuleux, élastique, dur, difficile à entamer avec les doigts, qui finissent par le déchirer sans laisser aucune impression à sa surface. Inégalement modifié dans toute son étendue ou seulement dans certains points, il présente une coloration jaune particulière, comparable à la pierre à fusil, et dans quelques cas il est parsemé de petits grains blancs opaques ayant l'aspect de grains de semoule; à la coupe, son tissu homogène laisse voir des stries vasculaires et des grains opaques irrégulièrement disséminés, des taches jaunâtres plus ou moins larges et étendues. L'injection démontre que la trame vasculaire est à peu près imperméable. L'examen microscopique révèle la présence de jeunes cellules arrondies, isolées ou en amas, et d'un tissu fibroïde de nouvelle formation, au milieu duquel les cellules de l'enchyme sont dispersées et pour ainsi dire noyées, ou ont complètement disparu. Les parois des vaisseaux sont toujours notablement épaissies, et quelquefois même en dehors des foyers d'altération, comme j'ai pu m'en assurer, il y a peu de jours encore, sur une pièce anatomique que je dois à l'obligeance de M. Taurin, interne du professeur Chauffard. La bile est d'un jaune pâle et très-filante; le sang, presque toujours altéré, offre la consistance de la gelée de groseille. — La coloration variable du foie, le plus souvent jaunâtre ou grisâtre, sa consistance ferme, élastique, parfois douce au toucher, sa surface lisse, et ce fait que son altération partielle, plutôt que généralisée, forme des foyers plus ou moins étendus envahissant les lobules tout entiers, tels sont les caractères qui distinguent l'hépatite syphilitique.

Des manifestations dont l'origine syphilitique n'est pas contestable coexistent ordinairement avec ces lésions, qui ont été vues par Trousseau, Horteloup, Cullerier, Depaul, Lenoir, Lebert, Desruelles, Cazenave et la plupart des médecins français et étrangers (1); en sorte qu'on ne peut plus douter du lien qui les unit à la syphilis. Les petits grains ou nodules blanchâtres disséminés dans le foie, et qui ont reçu de Wagner le nom de syphilome miliaire, diffèrent de la tumeur gommeuse proprement dite par ce seul fait qu'ils ne laissent pas, comme cette dernière, des cicatrices appréciables à leur suite; mais il faut dire que cette différence n'est peut-être que l'effet d'une plus grande acuité dans la marche de l'affection hépatique et dans sa terminaison presque nécessairement fatale. Une fois, cependant, Cullerier (2) trouva chez un enfant guéri par le proto-iodure de mercure la surface du foie couverte d'une plaque fibreuse, sorte de cicatrice qui lui parut avoir succédé à une infiltration plastique.

L'hépatite syphilitique gommeuse du fœtus et de l'enfant nouveau-né a été vue par Testelin (3), Thiry (4), Wedl (5), Zeissl (6), Schott (7), etc. Dans un cas rapporté par Testelin, le foie d'un enfant de sept mois, élastique, jaune brunâtre, lourd, volumineux, contenait des tumeurs du volume d'une noix à celui d'une noisette. Un nouveau-né

(1) Comparez: Hecker, *Verhandl. der Gesellschaft f. Geburts.* Berlin, 1837, VIII, p. 131. — Bamberger, *Virchow's Handb. der Path.*, t. II, p. 561. — Thiry, *Gaz. hédrom.*, p. 141, 1859. — Howitz, *Hospit. Tidende*, 1862, n°s 32-35. — Testelin, Forster, E. Wagner, *loc. cit.* — Lancereaux et Lackerbauer, *Atlas d'anat. pathol.*, p. 59 et pl. 7, fig. 5.

(2) Cité par Diday, *loc. cit.*, p. 154.

(3) *Journ. méd. de Bruxelles*, octobre 1858.

(4) *Presse méd. belge*, 1858, n° 22.

(5) *Grundzüge der pathologischen Histologie*, p. 299, Wien, 1853.

(6) *Lehrbuch der const. Syphilis*. Erlangen, 1864.

(7) *Jahrbuch der Kinderheilkunde*, 1871, IV.

atteint de pemphigus, et observé par Wedl, présentait à la face convexe du foie un noyau ovalaire, du volume d'un haricot, d'une nuance jaune éclatante à son centre, plus résistant que le tissu hépatique ambiant ; la mère de cet enfant était affectée de syphilis secondaire. Chez un enfant né dans de semblables conditions et qui succomba quelques jours après sa naissance, j'ai trouvé une tumeur ferme, élastique, résistante, de coloration blanchâtre à la coupe, située vers la partie moyenne du foie.

Les lésions en question ne se révèlent d'ordinaire que tardivement, c'est-à-dire lorsqu'elles sont arrivées à une période avancée de leur évolution. Comme l'a vu Portal, les petits enfants gémissent, agitent incessamment les jambes en signe de souffrance ; ils sont pris de vomissements, ils ont de la diarrhée, sinon de la constipation. Le ventre, météorisé, est sensible à la pression ; le pouls, accéléré, faiblit peu à peu, l'expression de la face s'altère de plus en plus, la peau prend une teinte jaunâtre ou terreuse, l'amaigrissement est rapide et progressif : c'est une détérioration générale, un véritable marasme. Alors le palper et la percussion dénotent un volume et même une dureté plus considérable du foie. L'ictère est assez peu fréquent pour que Gubler ne l'ait observé dans aucun cas ; l'ascite et l'œdème des extrémités inférieures ont été observés seulement quelquefois, en sorte que c'est plutôt l'état général que l'état local qui sert à dévoiler l'affection du foie.

La marche de cette affection est lente et chronique ; la cachexie survenant, la mort ne se fait pas longtemps attendre. Le diagnostic repose sur la concordance des symptômes locaux et des symptômes généraux, et sur la connaissance des antécédents morbides des parents du petit malade. Le pronostic est d'autant plus sérieux que la lésion hépatique est plus étendue. Ajoutons que l'oblitération des canaux biliaires, observée dans des

cas d'ictère grave des nouveaux-nés, pourrait bien aussi reconnaître une cause syphilitique; ce qui porterait à le penser, ce sont les altérations du foie et d'autres organes rencontrées en même temps que cette lésion (1).

Les altérations de la rate sont communes dans la syphilis héréditaire. Tous les faits que nous avons observés nous ont présenté une augmentation du volume de cet organe, qui, suivant S. Gee (2), existerait seulement dans le quart des cas. La rate tout entière participe généralement à cette altération (3); elle est ferme, lisse, parfois adhérente aux organes voisins, et souvent elle ne présente d'autre modification qu'une multiplication de ses éléments. Cette altération, qui coexiste fréquemment avec les affections syphilitiques du foie, est souvent accompagnée de lésions des ganglions lymphatiques. Lorsque la guérison a lieu, la rate diminue peu à peu de volume et paraît revenir à son état normal.

Les glandes lymphatiques, que n'épargne pas la syphilis acquise, subissent aussi les atteintes de la syphilis héréditaire. Hutchinson (4) a vu sur un enfant de cinq mois la plupart des ganglions bronchiques infiltrés de cette forme de dépôt fibrineux, que l'on trouve si souvent en connexion avec la syphilis acquise. Cet enfant, né de parents syphilitiques, était porteur d'une éruption cutanée; il avait joui d'une bonne santé pendant les deux premiers mois de son existence. L'augmentation de volume et l'al-

(1) Consultez: C. Binz, *Zur Kenntniss des tödtlichen Icterus d. Neugeb. aus Oblit. d. Gallengange*, Archiv f. pathol. Anat. und Physiol., t. XXXV, p. 360. — Roth, *Ibid.*, t. XLIII, p. 296.

(2) *Gaz. des hôpitaux*, 1867, p. 177.

(3) Dans un cas cité de Gregorié (voir p. 289), il est question de tumeurs gommeuses à différents stades de développement; mais on se demande s'il ne s'agit pas simplement d'un infarctus vasculaire.

(4) Hutchinson, *Med. Times and Gaz.*, 17 juillet 1858.

tération de ces mêmes glandes se trouvent notées dans plusieurs des nombreux faits rapportés par Baerensprung. Cette modification ne diffère pas de celle des autres organes ; elle est constituée le plus souvent par une infiltration diffuse d'éléments nouveaux, quelquefois aussi par de petites tumeurs circonscrites. Les ganglions de l'épiploon gastro-hépatique et du mésentère en sont le siège le plus habituel. Rivington (1) rattache à la syphilis héréditaire une hypertrophie généralisée des ganglions lymphatiques viscéraux chez une jeune fille de seize ans, qui présentait un arrêt de développement tel qu'elle paraissait avoir au plus six ans.

Les capsules surrénales se font remarquer, dans un grand nombre de faits de syphilis héréditaire, par un accroissement de volume très-manifeste. Virchow, qui a constaté cette augmentation de volume, note dans un cas une dégénérescence graisseuse complète de ces glandes. Baerensprung a trouvé, chez des enfants atteints de syphilis congénitale, la substance corticale des capsules surrénales envahie par de petites masses formées de noyaux et de jeunes cellules de tissu conjonctif, modification très-analogue à l'altération diffuse du foie. Huber (2) a vu, chez un enfant atteint de syphilis congénitale, les capsules surrénales volumineuses, grisâtres, semées de petits foyers jaunâtres constitués par des débris graisseux. Hennig (3) a trouvé, dans un cas, la capsule surrénale gauche augmentée de volume, adhérente au diaphragme et renfermant un contenu gélatineux.

(1) Rivington, *Med. Times and Gaz.*, 19 oct. 1872.

(2) Huber, *Archiv f. klin. Medicin.*, V, p. 270. — Consultez Hecker, *Ueber Syphilis congen. innerer Organ*, Monatschr. für. Geburtsch xxxiii, p. 22, 1869.

(3) Hennig, dans *Jahrb. für Kinderheilk.*, 5 déc. 1872, p. 109-113.

Le thymus, en raison même de son activité fonctionnelle pendant la vie intra-utérine, se trouve prédisposé à subir l'influence de la syphilis héréditaire. C'est en 1850 que le professeur P. Dubois (1), s'attachant à rechercher la cause de la mort des nouveaux-nés syphilitiques, observa, chez un certain nombre, une altération du thymus qui se présentait sous une forme presque toujours identique, et qui était caractérisée par la présence de pus disséminé ou réuni en foyers au sein de l'organe. Depuis cette époque, plusieurs observations sont venues s'ajouter à celles du célèbre accoucheur français. Depaul rencontra une fois dans chacun des lobes du thymus une cavité remplie par une matière grumeleuse, jaunâtre et épaisse. Weber (2) rapporte un cas d'abcès de cette même glande. C. Hecker (3), Desruelles, Braun, Spath et Wedl (4) ont constaté de semblables altérations. Mais faut-il admettre qu'il s'agissait de foyers purulents dans tous ces faits, et ne vaut-il pas mieux penser à l'existence de productions gommeuses ramollies, métamorphosées et confondues avec des abcès? C'est ce que nous ne pouvons décider sûrement, bien que nous inclinions pour la dernière hypothèse, à cause de la rareté des formations purulentes dans la syphilis constitutionnelle. Un cas de Lehmann (5), dans lequel le thymus, le foie, la dure-mère étaient le siège de tumeurs formées de tissu conjonctif ayant subi la métamorphose graisseuse, serait jusqu'à un certain point favorable à cette idée, que les

(1) *Gaz. méd. de Paris*, 1850, p. 393. — Voyez même journal, 1851.

(2) *Beiträge zur patholog. Anat. der Neugeborenen*, Kiel, 1852, vol. II, p. 73.

(3) *Verhandl. der Berliner Gesellsch. f. Geburtsch.*, vol. VIII, p. 117 à 122.

(4) Wedl a trouvé une fois au centre de l'un des lobes du thymus une cavité remplie d'un pus mélangé de sérosité.

(5) *Wurzburg med. Zeitschrift*, t. X, p. 29.

lésions syphilitiques du thymus ne suppurent pas plus que celles des autres viscères. La description que l'on trouve dans le cas rapporté par Desruelles semble d'ailleurs se rattacher à une tumeur gommeuse bien plutôt qu'à un abcès.

Au demeurant, les manifestations syphilitiques du thymus se montrent sous forme de foyers ou de tumeurs circonscrites; les lésions diffuses qu'on a cru y voir peuvent être mises en doute, beaucoup d'observateurs du moins ne les ont pas rencontrées. Il y a donc lieu de les chercher à l'avenir et de préciser leurs caractères, si tant est qu'elles existent. L'augmentation de volume est le principal symptôme du thymus syphilitique.

Avec les nombreuses lésions glandulaires en question, on conçoit que le liquide sanguin puisse être altéré; c'est en effet ce que démontre l'état du sang qui a l'aspect et la consistance de la gelée de groseille, et les nombreuses ecchymoses rencontrées après la mort dans les cavités naturelles ou même dans l'épaisseur de certains parenchymes. Hutchinson a trouvé dans un cas le péricarde rempli de sang coagulé. Plusieurs des observations rapportées par Baerensprung font mention d'épanchements sanguins dans la cavité du péricarde et même dans les cavités des plèvres ou des méninges.

Avant de connaître ces faits, j'avais moi-même observé plusieurs cas de syphilis héréditaire avec lésions viscérales et épanchements sanguins multiples. En voici un exemple: La fille X..., âgée de vingt-cinq ans, accouche à l'hôpital de la Pitié (janvier 1860) d'un enfant à terme et qui succombe cinq à six heures plus tard. A l'autopsie, je constate sous le péricrâne la présence de nombreuses taches ecchymotiques; ces mêmes taches se retrouvent en moindre abondance dans le tissu cellulaire sous-cutané des membres et à la surface des poumons et du péricarde, dont la cavité

est en partie remplie par un liquide sanguinolent. Le foie, volumineux, ferme et résistant sous le doigt, présente une teinte jaunâtre cuir de botte. La rate est dure, ferme et volumineuse; les reins paraissent normaux. La mère de cet enfant m'apprend que le père est atteint d'une maladie syphilitique; pour son compte, elle ne s'est jamais aperçue de rien.

Affections des organes de la circulation. — Le cœur subit les atteintes de la syphilis héréditaire comme celles de la syphilis acquise. Rosen (1) a observé un cas de gomme congénitale du cœur gauche. D'un autre côté, Forster (2) parle d'une endocardite syphilitique chez un enfant de six semaines; mais il faut ajouter que l'existence de la syphilis chez cet enfant est fort douteuse. Un cas de myocardite fibreuse chez un enfant mort-né syphilitique est rapporté par Wagner (3). Dans un cas observé par Kantzow (4), il existe, à côté d'une myocardite interstitielle, une hyperplasie musculaire (myome), que Virchow attribue à une irritation de voisinage à peu près comme l'hyperostose qui accompagne une gomme du périoste.

On ne connaît aucun cas d'artérite syphilitique héréditaire; mais Shüppel (5) a signalé l'existence d'une péripyléphlébite chez des enfants syphilitiques dont le foie était malade, et même chez d'autres où le parenchyme de cet organe avait paru sain. La thrombose veineuse chez des enfants infectés par hérédité est plutôt l'effet de la cachexie que d'une modification qui porterait primitivement sur les

(1) Von Rosen, dans *Behrend's Syphilidologie*, t. III, p. 249, 1860.

(2) Forster, *Wärzburg. med. Zeitschr.*, t. IV, p. 7, 1863.

(3) Wagner, *Das syphilom*, etc. *Archiv der Heilkunde*, t. VII, p. 527.

(4) Kantzow, *Archiv der path. Anat. und Physiol.*, t. XXXV p. 211, 1866.

(5) Shüppel, *Ueber Peripylephlebitis syphilitica bei Neugeborenen*, *Archiv der Heilkunde*, t. XI, p. 74, 1870.

parois des veines : ces parois, teintes le plus souvent par la matière colorante, doivent ce phénomène à la fluidité du liquide sanguin, dont les globules blancs sont fréquemment augmentés en nombre.

Affections des organes de la respiration. — Les organes respiratoires sont fréquemment atteints chez les jeunes enfants qui succombent à la syphilis héréditaire. L'enrouement est un symptôme commun de cette maladie, il est ordinairement lié à une laryngite plus ou moins profonde et étendue. On trouve effectivement, à côté de l'inflammation superficielle de la muqueuse laryngée, des ulcérations profondes de la face interne du larynx et quelquefois des péri-chondrites primitives ou secondaires, toutes lésions susceptibles de produire un rétrécissement peu compatible avec l'existence. Ainsi Frankl (1) a vu chez un enfant de quelques semaines un ulcère profond de la muqueuse, avec péri-chondrite du cartilage cricoïde et rétrécissement du larynx. D'un autre côté, Gerhardt (2) a pu obtenir, à l'aide de l'iodure de potassium, la guérison d'un rétrécissement probable de la bronche gauche chez une fille syphilitique âgée de six ans, dont le larynx était malade.

Les altérations que l'on constate dans les poumons sont de deux ordres : diffuses et sous forme de pneumonie lobulaire, circonscrites et sous forme de nodosités semblables aux tumeurs gommeuses de l'adulte. Devergie (3) a décrit l'un des premiers les lésions diffuses. Deux enfants bien constitués et à terme, rapporte cet auteur, périrent immédiatement après l'accouchement, qui n'avait pas été laborieux. Les poumons étaient très-volumineux, compacts, charnus, plus denses qu'à l'état normal, très-

(1) J. Frankl, *Syphilit. Geschwäre und Verengerung der Larynx*, Wien. med. Wochenschr. XVIII, 69, 70, 1868.

(2) C. Gerhardt, *Archiv f. klinik. Med.*, II, 547, 1867.

(3) Devergie, dans *Annales d'hygiène et de médecine légales*, n° d'avril 1831.

lourds, décolorés et blafards; ils se précipitaient au fond de l'eau, même lorsqu'ils étaient coupés par fragments. Leur tissu était infiltré d'un liquide séreux incolore, qu'on ne faisait sortir qu'avec peine du tissu cellulaire qui le renfermait. L'air n'y pénétrait pas lorsqu'on les insufflait. Cette altération ne constituait ni le squirrhe, ni l'induration blanche qui précède la suppuration des tubercules; c'était une sorte de *durcissement lardaciforme, tenant le milieu entre l'état squirrheux lardacé et la mollesse ordinaire* du tissu des poumons des enfants nouveau-nés. Ch. Robin et Lorain (1) ont étudié avec soin cet état particulier du poumon qu'ils appellent du nom d'épithélioma. C. Hecker (2), Virchow (3), F. Weber (4) ont rapporté des faits relatifs à cette même altération, que Howitz (5) désigne par la dénomination d'infiltration syphilitique du poumon. Ranvier (6) a donné une description histologique exacte des altérations constatées chez un enfant nouveau-né syphilitique, dont les poumons avaient subi la même modification.

Les poumons ainsi affectés remplissent presque toute la cavité de la poitrine, et souvent ils conservent l'empreinte des côtes; leur surface, lisse, marbrée, offre un aspect peu différent de celui des poumons pleins d'air, si ce n'est qu'elle est plus pâle. Ces organes sont fermes, lourds, plus denses que l'eau; ils crépitent dans quelques parties seulement et ne se laissent plus partout insuffler comme les poumons sains du fœtus. L'air qui pénètre sur quelques

(1) *Gaz. médicale*, 1855, p. 186, et *Bull. de la Société de biologie*.

(2) *Verhandl. der Berliner Gesellsch. f. Geburtsh.*, vol. VIII, p. 126.

(3) *Gesamm. Abhandl.*, p. 595.

(4) *Beiträge zur pathol. Anat. der Neugeborenen.*, II, p. 47.

(5) *Hospital Tidende*, nos 10 et 11, et *Behrend's Syphilidolog.*, 1862, vol. III, p. 601.

(6) *Gaz. méd. de Paris*, 1864. *Comptes rendus des séances de la Société de biologie*, 3^e série, t. IV, 1863, p. 51.

points étant arrêté ailleurs, il en résulte un emphysème partiel par suite de la rupture de quelques-unes des vésicules pulmonaires. Les portions de parenchyme altérées résistent et se coupent nettement; la surface de section en est unie, lisse, brillante, d'un blanc à peine rose (couleur de chair), quelquefois marbrée de taches blanches, sur un fond rougeâtre. On y voit des masses compactes, séparées par les cloisons interlobulaires épaissies, et ayant la consistance du tissu hépatique, c'est une sorte d'hépatisation blanche très-ferme. Les fines ramifications des bronches et les vaisseaux sanguins sont généralement rétrécis par suite de compression; les bronches sont quelquefois remplies d'un mucus purulent et d'une petite quantité d'air. A l'examen microscopique on trouve les alvéoles complètement effacées ou seulement rétrécies, irrégulièrement carrées ou hexagonales, ou bien cloisonnées et allongées en forme de fuseaux; le tissu conjonctif interalvéolaire est épaissi, dans la plupart des cas, par des noyaux et des cellules de nouvelle formation plus ou moins atrophies ou en voie de métamorphose graisseuse.

Cette infiltration pulmonaire, ou induration syphilitique des poumons, diffère de l'hépatisation grise par la dureté plus grande de parenchyme lésé, sa résistance à la pression, sa coloration blanchâtre ou rosée, et par la nature des manifestations concomitantes. Les ganglions bronchiques sont augmentés de volume, ils offrent une teinte rougeâtre ou d'un gris jaunâtre.

Les lésions pulmonaires circonscrites sont signalées par Portal dans un fait qui, malgré l'apparition un peu tardive de la lésion pulmonaire, paraît néanmoins à l'abri de toute contestation (1). « Dans le corps d'un enfant né de parents infectés de virus vénérien et mort à l'âge de trois ans, on

(1) *Observ. sur la phthisie pulmonaire*, t. I, p. 330, 1809.

découvrit extérieurement de véritables pustules vénériennes; les glandes du cou étaient gonflées; celles du mésentère, des aines et des aisselles étaient obstruées et pleines d'une humeur blanchâtre; de la consistance de la bouillie. Le poumon droit était presque entièrement détruit par la suppuration, il y avait quelques abcès dans le lobe supérieur du poumon gauche, et le reste de la substance des deux lobes inférieurs était dur comme du cuir racorni; l'artère pulmonaire et les cavités du cœur droit étaient très-dilatées, et la substance musculaire des ventricules était singulièrement ramollie. » En réalité les lésions dont il s'agit ne sont véritablement connues que depuis les recherches du professeur Depaul (1). Cet auteur indiqua, dès 1837, le lien de causalité qui les unit à la syphilis, et, plus tard, il consigna dans un mémoire académique deux faits où elles sont parfaitement décrites. Dans l'un de ces faits, une bosselure du volume d'une petite noix, saillante, d'une teinte jaunâtre, ramollie à son centre, est la seule production observée. Dans l'autre, les lobes supérieurs des poumons contiennent une masse irrégulière, arrondie, et du volume d'une grosse noix. D'autres masses plus petites sont disséminées dans les autres lobes : il y en a six à droite et cinq à gauche, la moins volumineuse égale une noisette; ces différents noyaux, incisés, sont formés par un tissu compacte d'un jaune grisâtre, et au centre de chacun d'eux on rencontre une cavité d'où s'écoule un liquide jaunâtre, séro-purulent, variable en quantité, selon le volume de l'induration. Cette même lésion pulmonaire a été retrouvée par Ch. Desruelles chez un fœtus atteint de pemphigus et de l'altération du foie que nous connaissons.

(1) *Bull. de la Société anat.*, novembre 1837, et *Mémoire sur une manifestation de la syphilis congénitale*. (*Mém. de l'Acad. impér. de médecine*, Paris, 1853, t. XVII.)

C. Hecker (1) et Virchow (2) l'ont également observée; Lebert (3), enfin, a fait dessiner une tumeur gommeuse trouvée dans le poulmon d'un enfant affecté de syphilis congénitale; j'ai observé (4) un cas semblable avec mon ami M. Landeta.

Un nouveau-né, d'apparence assez chétive et atteint d'un pemphigus ayant pour siège principal la paume des mains et la plante des pieds, succomba quelques jours après sa naissance, en 1863, dans le service de M. Vigla, à l'Hôtel-Dieu. La mère, qui niait toute espèce d'antécédent spécifique, ne voulut donner aucun renseignement sur la santé du père. Le cerveau, le foie et les reins parurent intacts; seulement, dans l'un des poulmons, il existait vers la partie moyenne une tumeur arrondie du volume d'une petite noisette, d'une coloration blanche jaunâtre, d'une consistance assez ferme à la circonférence, mais plus molle au centre. Cette tumeur était entourée d'une zone de tissu fibreux, et, dans le voisinage, le parenchyme pulmonaire était tout à fait sain. Vers la base et dans l'épaisseur du lobe inférieur se rencontrait une autre tumeur ayant la forme d'un haricot, et dont le hile se trouvait comblé par un tissu grisâtre et vasculaire; la surface de ce lobe présentait de plus une tumeur pisiforme, plus petite, mais aussi plus ferme que les précédentes. La structure de ces tumeurs n'était pas tout à fait identique; des fibres fines de tissu conjonctif, entre lesquelles étaient interposées de nombreuses granulations élémentaires, entraient pour une grande part dans leur composition. Ces éléments étaient abondants dans les parties périphériques; mais à mesure qu'on avançait vers le centre, il n'existait plus que des glo-

(1) *Verhandl. der Berlin. Gesells. f. Geburtsh.*, t. VIII, p. 126.

(2) *Gesamm. Abhandl.*, p. 595.

(3) *Anat. pathol.*, Paris, 1857, pl. CLII, fig. 3 et 4.

(4) *Voyez Gazette hebdomadaire*, 1864, p. 649.

bules ronds ou elliptiques et très-granuleux ; puis, dans la partie centrale, on ne trouvait que des granulations moléculaires grasses. Martineau, d'un autre côté, a rapporté un cas de lésion pulmonaire chez un enfant qui succomba au bout de trois jours, et sur lequel Cornil a donné des détails micrographiques très-complets. Ici, toutefois, l'origine syphilitique de l'altération des poumons pourrait paraître douteuse, puisque l'enfant ne portait aucune trace de pemphigus, et que la mère ne contracta la vérole que vers le quatrième mois de sa grossesse (1).

Dans tous ces faits, l'altération se montre sous forme de tumeurs plus ou moins nombreuses, du volume d'un pois, d'une noisette ou d'une noix, et ces tumeurs, parfaitement circonscrites, fermes ou ramollies à leur centre, de couleur jaunâtre, ne diffèrent pas des lésions gommeuses de la syphilis acquise. On y retrouve à divers degrés de développement ou d'altération les éléments de tissu conjonctif propres à l'infiltration diffuse, moins les cellules épithéliales. La zone de tissu fibreux qui les enveloppe parfois, leur nombre relativement peu considérable, et aussi leurs caractères microscopiques, sont autant de circonstances qui permettent de les distinguer du tubercule vrai du poumon, lésion très-rare à cet âge de la vie.

Des troubles fonctionnels particuliers, peu différents de ceux qui se rencontrent chez l'adulte, mais plus difficiles à observer, tant à cause de l'état de faiblesse que de la rapidité de la mort des enfants affectés, sont la conséquence de ces altérations. Matité et absence du murmure vésiculaire, tels sont les signes que fournit l'exploration physique, lorsqu'elle est possible. Les enfants naissent le plus sou-

(1) *Bull. de la Soc. anatom.*, 1862, p. 486. Comparez : Forster, *loc. cit.* — Kobner, *Klinische und experimentelle Mittheilung*, etc., p. 117, Erlangen, 1864. — Baerensprung, *Hered.*, *Syphilis*, p. 103, 108, planche VII.

vent avant terme, ils sont malingres, jaunâtres, cachectiques, peu développés, et la plupart sont atteints d'un pemphigus qui a pour siège spécial la paume des mains et la plante des pieds. Avec ces affections coexistent parfois des lésions viscérales et en particulier des altérations de la glande hépatique; aussi la vie se trouve gravement compromise et la mort ne tarde pas; elle a généralement lieu dans le premier mois qui suit la naissance.

Un diagnostic précis est difficile; mais en présence d'un pemphigus des extrémités et d'un état cachectique avec dyspnée, il y a lieu de soupçonner l'existence d'une affection syphilitique héréditaire du côté de l'appareil de la respiration.

Affections des organes de l'innervation. — Les altérations de la syphilis héréditaire ne sont pas rares dans les centres nerveux; leur fréquence apparaît au fur et à mesure qu'on les étudie avec plus de soin. Robin a constaté l'existence d'une sclérose cérébrale chez un enfant qui succomba dans le service de Legroux (1), et que l'on pouvait regarder comme entaché de syphilis héréditaire. Semblable altération a été vue par Potain dans la moelle épinière de deux fœtus, dont voici l'observation :

Vers le mois de février 1863, il entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Antoine, une femme enceinte de cinq mois, qui se plaignait de gastralgie et de douleurs de tête violentes, et qui avait tous les signes d'une profonde chloroanémie. Comme la céphalalgie persistait à se faire sentir, surtout la nuit, M. le docteur Potain songea, malgré les dénégations de la malade, à l'existence d'une syphilis. Effectivement il trouvait des ganglions cervicaux tuméfiés et non douloureux, des pléiades ganglionnaires inguinales, et plusieurs papules muqueuses à la marge de l'anus. Un

(1) *Union méd.*, 19 juin 1858.

traitement mercuriel modéré (proto-iodure de mercure) fut alors commencé, et les douleurs de tête diminuèrent. Un mois après son entrée à l'hôpital, la malade accouchait sans accident de deux jumelles, non à terme, qui vécurent trois jours et chez lesquelles on ne put constater pendant la vie aucune marque de syphilis, ni aucun symptôme morbide. Chez l'une d'elles il y avait une débilité extrême.

L'autopsie montra chez les deux fœtus l'altération spéciale du foie décrite par Gubler, mais dans une très-petite étendue, la largeur à peu près d'un gros pois, pour l'un au bord inférieur, pour l'autre sur le bord antérieur et à la face supérieure, près du ligament falciforme. En ces points on remarquait une coloration jaunâtre demi-transparente, un peu opaline, de la dureté, une absence de vascularisation, tous les caractères, en un mot, de l'altération décrite comme syphilitique. Rien de notable dans les autres viscères thoraciques ou abdominaux.

Les cerveaux ne parurent pas altérés, ils offraient la consistance molle habituelle à cet âge. La moelle de l'un des deux fœtus paraissait aussi être à l'état normal, on reconnaissait très-bien sur sa coupe les sillons et les cornes grises. Le microscope y montra des tubes nerveux très-nets.

La moelle de l'autre fœtus, au contraire, était dans toute sa longueur diminuée de volume, dure, sans trace de division entre les substances et tout à fait semblable à un tendon fibreux, sauf la coloration, qui était d'un gris rougeâtre. Au microscope, M. Potain ne put découvrir ni cellule nerveuse ni presque aucun tube nerveux distinct. Toute la moelle semblait formée par du tissu lamineux condensé, feutré et entremêlé d'une substance granuleuse abondante. L'examen des deux moelles fut fait simultanément, et la différence considérable de structure qui existait entre elles

deux ne put laisser aucun doute. Quant aux méninges rachidiennes, il n'a pas semblé qu'elles fussent altérées.

A côté de cette altération diffuse, une altération circonscrite ou gommeuse de ces mêmes centres nerveux se rencontre aussi. Les méninges et le cerveau peuvent en être atteints. Effectivement, Howitz (1) a rencontré chez deux enfants nés de mères syphilitiques une couche d'exsudation jaunâtre, caséuse, sur le trajet des vaisseaux arachnoïdiens, au niveau des faces supérieure et inférieure des hémisphères. Cruveilhier (2), chez un enfant à terme ayant des pustules cutanées et une pneumonie lobulaire, a trouvé, à l'angle de réunion des voûtes orbitaires avec la portion verticale du frontal, la dure-mère infiltrée d'un pus bien lié qui en écartait les mailles. Les os, dénudés, étaient érodés dans une partie de leur épaisseur, et le périoste correspondant était épaissi. Virchow a vu des nouveaux-nés syphilitiques présenter dans la substance cérébrale de petits foyers blanchâtres ou jaunâtres, constitués par des amas de granules graisseux (3). Chez un enfant de deux ans, atteint de paralysie syphilitique de l'oculomoteur, de Græfe trouva plusieurs foyers de ramollissement cérébral (4), et, dans le cas d'un enfant affecté d'un abcès du bras, qui n'était probablement qu'une tumeur gommeuse suppurée, Hutchinson et Jackson (5) furent conduits à penser qu'il existait un dépôt syphilitique comprimant la moelle et affectant les racines des nerfs.

L'hydrocéphale est un autre genre d'altération qui, suivant quelques observateurs, se rattacherait parfois à la

(1) Voy. Howitz, *Behrend's Syphilidologie*, 1862, vol. III, p. 604.

(2) *Anatom. patholog. du corps humain*, liv. XV, p. 6.

(3) *Syphilis constitut.*, p. 4. — Comparez Schott, *Mayr's Zeitschr. f. Kinderheilk*, IV, 4.

(4) *Arch. f. Ophthalmolog.*, I, p. 443.

(5) *Syphil. affect. of the nervous system*, *Med. Times and Gaz.*, t. II, p. 84, 1861.

syphilis héréditaire. Haase (1) rapporte l'observation d'une femme qui fut atteinte de chancre dans le cours de la première moitié de sa grossesse; le mari avait eu des chancres et une angine syphilitique. Cette femme eut trois accouchements d'enfants morts au huitième mois. A la quatrième grossesse, elle mit au monde un enfant hydrocéphale, paralysé du côté gauche, qui présentait des taches pourprées disséminées sur la peau. Cet enfant mourut au bout de six mois. La cinquième grossesse amena un enfant à terme, dont la peau était livide et d'un rouge foncé. A la sixième grossesse, vint un garçon qui fut affecté, dans sa deuxième année, de scrofule et de croûtes serpigneuses. De Méric (2) est également disposé à accepter l'influence de la syphilis sur la production de l'hydrocéphale; il a plusieurs fois observé un grand développement de la tête et un mouvement particulier de rotation des yeux chez les enfants nés syphilitiques. Nous avons été conduit à admettre cette pathogénie (3) que vient corroborer l'autorité du docteur Roger. Un de nos amis de province nous a raconté que, tout surpris de voir naître de la même femme plusieurs enfants hydrocéphales, et voulant connaître la cause de ce fait, il apprit que le mari avait autrefois contracté la syphilis à Paris. Ajoutons que Hutchinson a observé un enfant de huit ans qui était hydrocéphale, épileptique, en partie idiot, et qui avait une double cataracte et des dents défectueuses.

Les symptômes qui s'associent à ces diverses lésions sont peu connus, ou du moins fort difficiles à étudier.

(1) *Allgemeinen med. Ann.*, p. 194, février 1829, extr. dans *Arch. méd.* 1^{re} série, XXIII, 436, 1830.

(2) *Lettsomian Lectures on the Syphilis*, The Lancet, 1858, sept. 18.

(3) Voy. L. Gros et Lancereaux, *Traité des affect. nerv. syphilitiques*. Paris, 1861.

Bertin et plus récemment Pittschaaft (1) ont fait cette remarque, que les enfants issus d'un père syphilitique sont souvent tourmentés d'une insomnie opiniâtre. René Vanoie (2) est venu corroborer cette assertion. A ce symptôme s'ajoutent assez souvent, soit des convulsions générales ou partielles (3), soit des paralysies plus ou moins étendues et complètes (4), tous phénomènes subordonnés au siège et à l'étendue de l'altération.

Les nombreuses manifestations dont il est ici question s'observent quelquefois pendant la vie intra-utérine, et elles ont pour résultat ordinaire de produire l'avortement; plus souvent elles se développent peu après la naissance et sont presque toujours fatales; moins fréquentes dans l'âge adulte, elles sont aussi beaucoup moins graves. Assez généralement, au moment de la naissance et pendant les premiers jours qui suivent, l'enfant héréditairement affecté de syphilis paraît jouir d'une santé parfaite; mais bientôt apparaissent des symptômes qui révèlent la maladie dont il est atteint: c'est d'abord une gêne de la respiration par le nez, une sorte d'enchifrènement que l'on ne manque guère d'attribuer au froid. Des gerçures, des fissures se montrent au voisinage des ouvertures naturelles, et puis se manifestent à la surface de la peau des éruptions diverses. Toutefois, ainsi que Rosen le faisait déjà remarquer, tous ces symptômes ne se rencontrent pas chez le même sujet, l'un en présente plus, l'autre moins. Pendant ce temps, la santé générale est languissante, l'enfant souffre et mai-

(1) Cité par Bertherand, *Traité des maladies vénér.*, p. 327, 1^{re} édit.

(2) *Journ. de méd. et de chirurg. pratiques*, 1849, p. 273.

(3) Radcliffe. *Épilepsie chez un enfant atteint de syphilis congén.* The Lancet, II, nov. 20, 634.

(4) Bacon, *Syphilis congénitale, hémiplegie et cécité*, Med. Times and Gaz., nov. 21, 1868.

grit, il a de l'insomnie, son cri se modifie, et lorsque à cet état s'ajoutent des lésions viscérales, il tombe dans la cachexie et le marasme. « Le visage, dit Trousseau (1), est d'un ton bistré spécial ; il semblerait qu'on a passé sur les traits une légère couche de marc de café ou de suie délayée dans une ample quantité d'eau : ce n'est ni de la pâleur, ni de l'ictère, ni le jaune-paille des autres cachexies ; cette teinte, beaucoup moins foncée, mais presque du même ton que le masque des accouchées, s'étend à peine au reste du corps... » S'il était primitivement robuste et bien organisé, l'enfant syphilitique s'affaiblit, devient triste, maigrit peu et reste plutôt bouffi : ses fonctions digestives sont habituellement troublées, il a des vomissements, une diarrhée fréquente et rebelle, quelquefois sanguinolente ; la débilité est telle que la mort peut être le résultat d'une syncope, si elle n'est l'effet du marasme ou d'une complication comme l'érysipèle et la pneumonie, affections qui sont presque toujours fatales. La guérison n'est pas à espérer quand la syphilis se développe au moment même de la naissance, elle est rare lorsque la maladie survient pendant les premiers mois de l'existence. Cependant, il est des enfants qui n'ont tout d'abord que des éruptions superficielles, un coryza ou une stomatite légère, et qui ensuite se trouvent tellement bien que leur mère les croit entièrement guéris. Mais il importe de savoir que cet état de bien-être est ordinairement momentané ; plus tard, il survient des lésions, le plus souvent symétriques des yeux (kératite, choroïdite, amaurose), de la peau ou des muqueuses (ulcères serpiginieux ou phagédéniques), des os (périostoses, exostoses, etc.). Ces manifestations, séparées les unes des autres par un état de santé apparente, rappellent l'état latent de la syphilis acquise.

(1) *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, t. II, p. 665. Paris, 1862.

Au fur et à mesure qu'il avance en âge, l'enfant atteint par le germe syphilitique présente des manifestations qui tendent de plus en plus à se limiter et à se rapprocher des accidents de la syphilis acquise. Les viscères, le foie, le poumon, le cerveau, peuvent en être le siège. Malheureusement ces accidents, d'autant plus difficiles à rattacher à leur véritable origine que l'individu qui les porte est plus âgé, passent trop souvent inaperçus; pour arriver à les soupçonner, il est de la plus grande importance de bien connaître les modifications que ne manquent guère de laisser à leur suite les premières manifestations de la syphilis héréditaire. Souvent, en effet, la physionomie de l'individu qui a hérité de la syphilis offre quelque chose de particulier, de typique pour ainsi dire. La peau, de teinte sale, pâle ou plombée, est épaisse, rude et flasque; rarement elle présente la belle coloration claire des personnes scrofuleuses. Sur le visage on aperçoit des cicatrices qui occupent de préférence les angles de la bouche, d'où elles rayonnent sur les joues. Le front est d'habitude large et proéminent au niveau des régions des bosses frontales, et parfois une large dépression existe un peu au-dessus des sourcils; les cheveux sont clairs, secs et fendus à leurs extrémités. Le nez a sa racine large, étalée ou même enfoncée. Les dents permanentes ou de la seconde dentition présentent un aspect tout spécial. Les incisives centrales supérieures se font remarquer par leur forme comme par leur coloration et leurs dimensions. Tout d'abord, ces dents sont courtes, étroites d'un côté à l'autre, très-minces au niveau de leur bord libre; après un certain temps, une portion de ce bord, sous forme de croissant, se brise et laisse une échancrure large, profonde, verticale, qui persiste pendant plusieurs années et qui disparaît vingt à trente ans plus tard, par suite de l'usure prématurée de la dent. Ces deux incisives tantôt convergent l'une vers l'au-

tre, tantôt sont écartées et nettement séparées. Elles sont parcourues par des dépressions ou encoches horizontales, mais qui ne sont en aucune façon constantes.

Quelquefois intacts et brillants, les yeux présentent, d'autres fois la trace d'une altération ancienne ou récente, des synéchies avec ou sans déformation de la membrane irienne, une kératite interstitielle chronique (Hutchinson). L'importance de cette dernière lésion est telle, que beaucoup d'auteurs tendent à en faire un signe pathognomonique de l'hérédité syphilitique, et comme elle coïncide souvent avec la modification du système dentaire, il arrive que la réunion de ces deux conditions ne manque pas d'avoir un grand poids dans la balance du diagnostic. Ces modifications locales s'accompagnent généralement d'un état de faiblesse relative, mentionné par la plupart des auteurs, et, dans quelques cas, il s'y ajoute un arrêt de développement de tout l'individu, ou seulement d'un ou de plusieurs organes. Ces déviations de type, conséquences ordinaires de lésions matérielles survenues ou dans le cours de la vie intra-utérine, ou plus tard, pendant les premières années de l'existence, méritent de fixer l'attention. Une observation que nous avons rapportée ailleurs fait mention d'un arrêt de développement des organes génitaux, et les faits qui suivent sont des exemples de malformations non moins graves, qui mettent hors de doute la dégénérescence de l'espèce humaine par la syphilis.

Syphilis héréditaire tardive. Idiotie, épilepsie, microcéphalie.

OBS. I. — La femme X..., d'une santé en apparence bonne, fut traitée par moi pour des névralgies et une alopecie, alors que je remplaçais le docteur Martelière, médecin du bureau de bienfaisance du deuxième arrondissement.

Cette femme, qui pense que son mari a été atteint de syphilis, n'affirme pas qu'elle ait été pour son compte exempte de tout accident lié à cette maladie. Elle a eu quatre enfants, dont l'un est mort à sept ans, un autre à trois ans, et un troisième à l'âge de deux ans; elle a fait quatre fausses couches, dont trois à sept mois et demi, et la quatrième à deux mois. Le seul enfant qui lui reste est âgé de douze ans et paraît avoir au plus six à huit ans. Sa tête est extrêmement petite, et déjà les os du crâne paraissent soudés entre eux.

Cet enfant marche à la condition qu'on le conduise; il est à peu près complètement dépourvu d'intelligence et de mémoire. Il ne parle pas, et c'est peine si on parvient à lui faire dire un et deux. Il ne peut sortir sa langue de sa bouche, bien que cet organe ait toute sa mobilité. Entêtement, habitudes de masturbation, et depuis l'âge de deux ans accès épileptiformes. Les organes de la vue et de l'ouïe sont intacts, le nez un peu gros et aplati. Les deux premières incisives sont crénelées et parsemées de petites dépressions, les deux autres incisives et les canines sont à peine sorties de leurs avéoles. Il existe un véritable arrêt de développement de la dentition. A la partie supérieure du tibia, trajet fistuleux, nécrose datant de plusieurs mois. (Sirop d'iodure de fer. Applications locales de teinture d'iode.)

Syphilis héréditaire et malformations diverses.

Obs. II. — La nommée D..., âgée de vingt-cinq ans, entre à l'Hôtel-Dieu en mars 1863. Cette malade a perdu son père de la poitrine; sa mère a succombé à un cancer de l'estomac. Bien portante jusqu'à l'époque de son mariage (seize ans), elle s'aperçut, environ un mois plus tard, de

quelques boutons aux parties génitales, qui bientôt furent suivis de roséole et d'angine. (Pilules, sirop de Cuisinier, salsepareille.) Elle fit une fausse couche à six mois. Une deuxième grossesse eut lieu, et elle accoucha à neuf mois d'un enfant aujourd'hui vivant. Cet enfant, très-maigre à sa naissance, ne put être nourri par sa mère. Il ne paraît avoir présenté, pendant les premières années de sa vie, aucune éruption cutanée. Plus tard, il eut une rougeole et présenta au cou une tumeur dure qui se termina par suppuration. Agé aujourd'hui de dix ans, il a depuis deux ans une kérato-conjonctivite qui trouble très-notablement la vision. Opaque en plusieurs endroits, la cornée est de plus exulcérée. Les paupières, soudées aux angles internes et externes, laissent un orifice qui permet d'apercevoir le champ de la cornée. Les dents incisives sont bicuspidées, larges et courtes, striées en travers. Développement général très-incomplet, tête petite, propension à la colère.

Madame D... eut une troisième grossesse et accoucha à sept mois d'une petite fille. Agée aujourd'hui de neuf ans, bien portante, celle-ci a le nez aplati à la base, les dents écartées et bifides. Depuis lors il y a eu trois nouvelles grossesses dont deux à terme. Les enfants sont morts au bout de deux jours. La troisième grossesse s'est terminée à six mois. Des tubercules syphilitiques se sont manifestés chez la mère dans le cours de cette dernière, malgré l'usage d'un traitement spécifique.

Le mercure et l'iodure de potassium sont les agents qu'il convient d'opposer aux manifestations viscérales de la syphilis héréditaire; quand surtout ces manifestations sont accompagnées de cachexie, les préparations iodurées méritent la préférence. Dans les affections du foie, Gubler conseille l'iodure de potassium à la dose de un décigramme; pour mon compte, je ne puis trop recommander l'iodure

de fer dont j'ai souvent constaté les bons effets. Ce médicament s'administre sous forme de sirop, à la dose d'une cuillerée par jour dans un demi-verre d'eau sucrée ou dans une tasse d'infusion de tilleul. Une alimentation appropriée, des bains et une hygiène convenable sont, dans l'espèce, des adjuvants de la plus grande utilité.

II.

INOCULABILITÉ DES PUSTULES D'ECTHYMA, par E. VIDAL, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

En 1846, pendant mon internat à l'hôpital de Tours, j'avais vu plusieurs fois mon chef de service, le docteur Frédéric Leclerc, charger une lancette ou une épingle avec le pus recueilli sur des pustules d'ecthyma, développée dans les cours de la fièvre typhoïde et inoculer ce liquide au bras du malade qui l'avait fourni. Ces inoculations étaient souvent suivies du développement de nouvelles pustules d'ecthyma, identiques à celles sur lesquelles avait été puisée la matière purulente.

En 1852 et 1853, sous les yeux de mon regretté maître Vigla, et pendant le cours d'une épidémie de fièvre typhoïde qui remplissait les salles de la Maison municipale de santé, je repris ces expériences d'inoculation. J'étais excité dans mes recherches par l'idée qu'il serait peut-être possible de reproduire artificiellement la fièvre typhoïde. L'inoculation de la péripneumonie épizootique du gros bétail, faite sur les animaux sains avec le liquide extrait du poumon d'une bête malade, avait déterminé sur la plupart des animaux soumis à cette épreuve une maladie moins grave que celle de ceux chez lesquels elle se développait épidémiquement et conférant la même immunité. La question était à l'ordre du jour : il n'était bruit à cette époque que des expériences de la commission instituée près le ministère de l'agriculture et du commerce et de celles des vétérinaires de Bel-

gique et de Hollande. Leurs succès, relatés dans le savant rapport de M. Bouley, dotaient la science d'une inoculation très-analogue dans son but et dans ses résultats à celle de la variole.

Deux essais d'inoculation sur l'homme sain, n'ayant jamais été atteint de maladie typhique, restèrent infructueux. Du pus pris sur les pustules d'ecthyma d'un sujet atteint de fièvre typhoïde servit aux expériences que je fis sur moi-même et que tenta aussi M. Pitat, interne en pharmacie. Le résultat fut nul.

Ces deux épreuves négatives ne peuvent rien faire préjuger sur l'inoculabilité de la fièvre typhoïde, pas même sur la possibilité d'inoculer la pustule d'ecthyma à l'homme sain.

On comprendra très-bien que le médecin, plus instruit du danger de l'inoculation des produits septiques, n'ait pas songé à renouveler les imprudentes tentatives de l'étudiant.

La pustule d'ecthyma est-elle inoculable à l'homme sain ? Je ne saurais le dire.

Est-elle auto-inoculable ? Je puis répondre affirmativement et le prouver par mes expériences, qui ont réussi sur près d'un tiers des sujets auxquels j'ai inoculé le liquide recueilli sur eux-mêmes.

Mes recherches ont porté principalement sur l'ecthyma simplex et sur l'ecthyma de la fièvre typhoïde. J'ai obtenu des générations successives de pustules d'inoculation présentant dans leur filiation quelques particularités intéressantes sur lesquelles je reviendrai.

Pour être certain que le liquide de l'ecthyma est bien réellement l'agent de reproduction des pustules, toutes les fois que j'ai tenté des inoculations, j'ai fait simultanément des contre-épreuves par la piqure simple, par la piqure avec des épingles humides roulées dans la poussière ou

dans la matière de l'expectoration du malade. Ces contre-épreuves ont toujours été négatives. On ne peut donc m'objecter que, sur un sujet atteint d'ecthyma, une piqûre d'épingle ou de lancette, ou l'insertion sous l'épiderme de corps irritants, peut déterminer la production de la pustule caractéristique.

Les trois observations suivantes, prises sur des individus malades de la fièvre typhoïde, donnent une idée de l'évolution des pustules d'inoculation.

PREMIÈRE OBSERVATION.

Le nommé R..., âgé de 20 ans, entré le 18 janvier 1833 à la Maison municipale de santé, salle 3, n° 4, mort le 17 février.

Fièvre typhoïde, à forme ataxo-adyynamique ; malade depuis 15 jours.

Le 26 janvier, éruption de pustules d'ecthyma abondante sur les fesses, furoncles et abcès sur la poitrine, formation d'une escharre au sacrum.

Le 3 février, à 9 heures du matin, je prends du pus fourni par une des nombreuses pustules d'ecthyma développées sur les fesses et je l'inocule à l'avant-bras gauche par trois piqûres.

Le soir même, il y a un peu de rougeur autour de deux des points inoculés.

Le lendemain, 4 février, la rougeur s'est étendue, la peau est un peu gonflée, on sent un noyau dur.

Le jour suivant, 5 février, ce noyau s'est agrandi et s'accroît.

Le 7, quatrième jour après l'inoculation, nous trouvons deux pustules parfaitement caractérisées qui se dessèchent en 4 ou 5 jours.

Le 8, je fais une nouvelle inoculation suivie de succès. Dans cette expérience j'avais fait comparativement des

piqûres avec des épingles, j'avais introduit sous la peau un peu de poussière et de la matière des crachats sans obtenir de résultat.

L'autopsie de ce malade, qui mourut le 11 février, 33 jours après son entrée, vint confirmer le diagnostic de fièvre typhoïde porté pendant la vie.

2^e OBSERVATION.

Une jeune fille de 14 ans, la nommée V..., est couchée au n^o 5 de la salle 2, Maison municipale de santé. Entrée le 18 février 1853, elle est malade depuis 9 jours.

Le 1^{er} mars, 19^e jour de la maladie, je constate sur la région fessière une pléiade de pustules d'ecthyma. A la visite du matin, inoculation par une piqûre sur chaque bras. Le soir, un peu de rougeur aux points inoculés.

Le 5, quatrième jour après l'inoculation, on voit deux pustules très-caractérisées. Le même jour, à 10 heures du matin, je prends du pus sur ces pustules d'inoculation et je l'insère sous l'épiderme de l'avant-bras.

Le soir, à 7 heures et demie, il s'est déjà formé une papule rouge un peu saillante.

La mort de la malade, arrivée le lendemain, m'empêcha de suivre cette nouvelle expérience, que j'avais déjà vue réussir plusieurs fois; le pus repris sur les pustules d'inoculation donne lieu à la génération de nouvelles pustules identiques... Dans ce fait, comme dans le premier, l'autopsie vient nous confirmer dans la conviction que nos expériences avaient été faites sur une fièvre typhoïde.

3^e OBSERVATION.

Au n^o 6 de la salle 3 de la Maison municipale de santé, service de M. Vigla, est couché le nommé Ch..., âgé de 19 ans, entré le 1^{er} février, malade depuis quinze jours.

Fièvre typhoïde ataxo-adynamique à forme thoracique, taches rosées et symptômes très-caractéristiques.

Des vésicatoires avaient été appliqués à la poitrine et aux mollets; des furoncles et de nombreuses pustules d'ecthyma se développèrent dans le voisinage.

Le 7 février, du pus pris sur une des pustules d'ecthyma de la poitrine est inoculé par trois piqûres au bras gauche à 10 heures du matin; du côté droit piqûres de contre-épreuve.

Le soir à 7 heures, rougeur et cuisson avec un peu de gonflement aux points d'inoculation.

Le 8, un peu de saillie avec rougeur; au milieu un petit point noir sec indique la piqûre.

Le 9 au soir, la saillie s'acumine.

Le 10, saillie très-marquée, surmontée d'une pustule qui le lendemain, quatrième jour, est parfaitement caractérisée.

Le même jour, je prends du pus fourni par les pustules que j'ai obtenues et je fais une nouvelle épreuve sur le même bras. Le soir, un peu de rougeur et d'élévation.

Le troisième jour, pustule semblable à celle qui a fourni le pus.

La première pustule commence à se sécher, et le 16 février, neuf jours après son inoculation, elle est complètement sèche.

Le 16, la nouvelle pustule inoculée le 11 est en pleine suppuration. Le 20 elle se dessèche.

Les croûtes en tombant quelques jours après laissent une cicatrice rosée.

Le 2 mars, à 10 heures du matin, je tente une nouvelle expérience sur le même malade; je prends du pus fourni par une large pustulesanguino-purulente, ressemblant à une pustule d'ecthyma cachecticum et développée autour du vésicatoire du mollet gauche; je l'inocule au bras gauche. — Le soir, à 8 heures, élévation, rougeur accompagnée de

cuisson, le malade nous dit éprouver les mêmes sensations qu'à la première épreuve, et pense que la seconde a réussi.

Le 3, la rougeur s'étend, la saillie se prononce davantage. Le 4, elle est plus étendue et plus élevée.

Le 5, elle s'acumine et contient à sa pointe un peu de sérosité louche.

Le 6, quatrième jour après l'inoculation, pustule très-manifeste sur une base d'induration d'un rouge foncé.

Le 7, la pustule de la grosseur d'un pois contient un pus verdâtre, la base est moins indurée.

Le 8, elle s'ouvre dans la nuit et se dessèche.

Le 9, croûte brunâtre, l'induration de la base se résout.

Le 24 avril, au moment de la sortie du malade, des cicatrices rosées très-apparentes indiquent les points d'inoculation.

Voici maintenant un exemple d'*inoculation de pustules d'ecthyma simplex* recueilli, pendant son internat à l'hôpital Saint-Louis, par mon regretté collègue Chalvet, enlevé par une mort prématurée à la science, qu'il avait déjà enrichie de travaux justement remarquables :

4^e OBSERVATION.

Annette B..., âgée de 29 ans, est entrée le 3 octobre 1861 à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Thomas, n° 7, dans le service de M. Devergie, suppléé par M. Vidal. Cette malade, d'une constitution lymphatique, sujette pendant son enfance à des éruptions, qu'elle désigne sous le nom de gourmes, et à des ophthalmies fréquentes, est atteinte depuis trois mois d'un impetigo de la face et de la partie antérieure de la poitrine.

Cette affection, qui présentait tous les caractères de l'impetigo franc, de la mélitagre scrofuleuse, commençait à guérir lorsque, sur la face externe de l'avant-bras droit, parurent quatre pustules d'ecthyma simplex.

Le 19 octobre, sans attendre la purulence complète, M. Vidal chargea la pointe d'une épingle avec la sérosité de ces vésico-pustules et fit trois inoculations sur le bras gauche.

Le soir même, les trois points piqués étaient rouges, légèrement tuméfiés et étaient le siège d'une cuisson qui préoccupait la malade.

Le 20, les trois piqûres faisaient une saillie bouton-neuse.

Le 22, quatrième jour, les trois pustules étaient formées. Elles consistaient en une phlyctène centrale, soulevée par de la sérosité citrine, reposant sur une base rouge, indurée, formant auréole.

Le 23, les pustules sont bulleuses, mais ne se remplissent pas de pus. Le contenu est trouble.

Les pustules mères du bras droit qui ont servi à faire l'inoculation sont devenues croûteuses et laissent suinter un liquide séreux qui se concrète à l'air.

Ce même jour inoculation du liquide des jeunes pustules et nouvelle inoculation du liquide des anciennes. De plus inoculation par trois piqûres du liquide ecthymateux préalablement exposé aux vapeurs de l'huile essentielle de térébenthine.

Voici quels furent, le lendemain 24, les résultats de ces inoculations :

1^o Les inoculations faites avec le liquide des pustules primitives en voie de dessiccation ont parfaitement réussi ; la vésicule est saillante, le pourtour est rosé.

2^o Les inoculations produites par le liquide des pustules déjà inoculées ou de seconde génération ont moins bien réussi ; l'épiderme est bien soulevé, mais le cercle rougeâtre périphérique est peu marqué.

3^o Les piqûres faites avec l'épingle chargée de liquide ecthymateux soumis aux vapeurs de l'essence de térében-

thine ont encore moins bien réussi. Le centre de la piqure est à peine soulevé, légèrement papuleux; l'auréole rosée manque presque complètement et le centre de la vésicule rudimentaire est jaunâtre, caractère que n'offrent pas les autres inoculations.

Le 23, les pustules de la première inoculation (septième jour) commencent à sécher; elles sont recouvertes d'une croûte jaunâtre. La rougeur périphérique s'est effacée; il reste un léger empâtement.

Le 27, inoculation avec le liquide des pustules de seconde génération qui tendent à se guérir rapidement. Les piqures sont à peine marquées, le jour suivant, par une légère élévation; la pustulation avorte.

Nous constatons une progression décroissante dans ces inoculations. Les dernières faites sont les premières guéries. La puissance d'inoculation va donc diminuant à chaque nouvelle génération et la troisième a donné un résultat insignifiant. Cependant le sujet ne perdait pas l'aptitude à être inoculé, ce que prouvaient de nouvelles pustules très-caractérisées obtenues par l'inoculation du liquide des pustules spontanées.

Je résume, sous forme de conclusions, les résultats de mes expériences :

1° Les pustules de l'ecthyma de la fièvre typhoïde, et celles de l'ecthyma simplex, sont auto-inoculables.

2° La pustule d'inoculation suit, dans les phases de son développement, une marche identique à celle de la pustule spontanée :

Le premier jour, quelques heures après l'inoculation, on voit à la place de la piqure un point rouge, déjà un peu induré, et qui est ordinairement le siège d'un prurit assez vif.

Le second jour, la rougeur s'étend sur un diamètre

d'environ un centimètre, un noyau dur se forme et fait saillie au-dessus du niveau de la peau.

Le troisième jour, la rougeur est plus étendue, le noyau d'induration inflammatoire s'acumine et forme la base d'une petite vésicule contenant un peu de sérosité trouble.

Le quatrième jour, la pustule d'ecthyma est parfaitement caractérisée, adulte, si je puis ainsi dire, et fournit un pus inoculable.

Elle se dessèche du neuvième au dixième jour et les croûtes tombent du seizième au vingtième jour.

3° Le liquide pris sur ces pustules de seconde génération est aussi auto-inoculable.

4° Son activité va diminuant dans les inoculations successives : son pouvoir reproducteur cesse à la troisième ou quatrième génération.

III.

OBSERVATION DE CHANCRE ET BUBON MIXTES, par M. P. DIDAY.

Un jeune homme de 23 ans vient me consulter le 8 janvier 1872. Il me raconte ce qui suit :

« J'ai une maîtresse, à laquelle j'étais toujours resté fidèle.

« Le 30 décembre 1871, pour la première fois de ma vie, j'allai dans une maison publique. Le 3 janvier 1872 (c'est-à-dire quatre jours après), je me suis aperçu d'un petit bouton à la verge. »

J'examine le malade et je reconnais, sur le côté droit du reflet du prépuce, un ulcère, offrant tous les caractères de la chancelle (chancre simple), ayant une dimension et une accentuation de caractères déjà très-développées. Je prescris le pansement avec de la charpie imbibée d'une solution de nitrate d'argent au 30^e.

Au bout de quinze jours, le malade revient me montrer un engorgement douloureux de l'aîne droite. Je constate une adénite aiguë commençante. La chancelle, qui a été pansée très-régulièrement, est déjà à ce moment en voie de réparation.

L'adénite suit sa marche fatalement progressive. Le 4 février, elle est fluctuante. J'incise : quelques jours après, l'aspect chancelleux de l'ouverture devient manifeste. Je fais pratiquer dans le foyer des injections avec la même solution de nitrate d'argent. Au bout d'un mois environ, la

chancelle ganglionnaire guérit comme avait guéri la chancelle tégumentaire.

Plus d'un mois s'était écoulé, et j'avais entièrement perdu de vue ce malade, lorsque, le 10 avril, il revient, me priant de lui donner mon avis sur une éruption qui l'inquiétait. Il me fit voir, en effet, une roséole générale, quelques croûtes du cuir chevelu, trois glandes engorgées en arrière et en haut du cou et quelques écailles à la paume des mains. Ces accidents, qui s'accompagnaient de maux de tête et de roideur du cou, dataient du 23 mars environ.

Le bubon inguinal était cicatrisé. Sous le tégument de cette région encore rouge, on ne percevait qu'un engorgement ganglionnaire de faible volume, mais de consistance assez dure. — Engorgement plus faible de deux ganglions, dans l'aine *gauche*, lesquels ganglions sont indolents.

Dans une précédente communication faite à la Société de médecine de Lyon sur un cas entièrement analogue, j'ai décrit la genèse, l'évolution de ces affections mixtes, qui, à l'origine chancelleuses à la verge et à l'aine, y revêtent ensuite l'aspect des lésions primitives de la vérole et sont suivies, dans le délai réglementaire, des accidents généraux propres à cette diathèse. J'ai surtout insisté sur les causes d'erreur que l'association de ces deux maladies distinctes peut engendrer, et sur les conséquences, fatales pour le médecin et pour le malade, de ces erreurs.

Aujourd'hui, étudiant une autre face du sujet, je l'examinerai sous le rapport des doctrines, ou plutôt d'une doctrine dont on se serait un peu trop, paraît-il, pressé de faire les funérailles à Lyon. Ce n'est pas que je veuille m'inscrire contre le certificat de décès, parfaitement en règle, que lui a délivré l'école de l'Antiquaille. Mais enfin j'entends dire que l'unitéisme respire encore quelque part, dans le fond de l'Autriche ou de la Bohême, que sais-je ? Il faut donc s'en occuper ici, fût-ce pour la dernière fois.

Or, quel cas, en apparence, fut jamais plus favorable à la vieille doctrine de l'identité des deux principes chancreux, que celui dont vous venez d'entendre le récit ?

Eh quoi ! me dirait l'Autrichien sus-nommé, eh quoi ! vous, M. Diday, un dualiste, vous rapportez l'histoire d'un chancre simple, d'une chancrelle, vous la décrivez comme chancrelle, vous ne la nommez que chancrelle. Pour l'achever de peindre, elle engendre une adénite chancrelleuse. Et quand les accidents secondaires éclatent ensuite, vous vous retournez en disant que sans doute il y a eu là un chancre mixte ! Mais quelle observation à ce compte pourra rester debout ? Croyez-vous qu'il suffise de supposer après coup l'existence d'un chancre infectant pour nous persuader qu'il a existé ?... Le chancre muet à bon dos, nous le savions de reste, mais à le surcharger ainsi ne risque-t-on pas de le mettre bientôt hors de service ? Dans leur intérêt même, MM. les dualistes ne devraient-ils pas lui faire remise au moins de cette corvée ?

N'ont-ils point de pitié de leur vieux domestique ?

A cette forte chevauchée, messieurs, je ne répondrai qu'un mot.

J'ai souvenance que, comme beaucoup de praticiens, assez occupé ce jour-là, un peu distrait, si vous voulez, et me fiant sur l'existence de l'adénite chancrelleuse pour établir le diagnostic de l'ulcère primitif, j'ai négligé, à la troisième visite, de regarder du côté de la verge, dont le malade ne se plaignait pas, de palper la base de l'ulcère et de chercher à m'assurer si cette base offrait, oui ou non, de l'induration.

Mais, même en l'absence de cette donnée, je puis affirmer non-seulement qu'un chancre infectant a existé là, mais encore qu'il s'est développé sur la chancrelle ou sur sa cicatrice 25 ou 30 jours environ après le début de celle-ci.

Référons-nous-en, pour le prouver, à ce que nous savons de l'évolution de la syphilis. Règle générale, surtout lorsque comme dans ce cas aucun traitement spécifique n'est intervenu, les accidents secondaires se manifestent six semaines en moyenne après le commencement du chancre.

Or, chez notre malade, les accidents secondaires ne se sont manifestés que quatre-vingts jours après le commencement de l'ulcère pénien.

Donc cet ulcère (que d'ailleurs à son début je reconnus pour chancrelleux et rien que chancrelleux) n'est point l'antécédent de ces accidents secondaires. Pour emprunter à la médecine légale l'une de ses déterminations les plus expressives, ils sont nés trop tard après lui pour qu'il puisse en être réputé *le père légal*. Le seul duquel ces accidents puissent procéder est *l'autre*, l'ulcère infectant, que je confesse n'avoir pas cherché à voir, mais dont l'existence, dont la paternité est, à mes yeux, démontrée sans réplique par l'âge de ses enfants.

IV.

DE L'ECZÉMA DES PAUPIÈRES, par le D^r J. GAYAT, de Lyon.

La série de travaux remarquables qui ont eu pour objet le zona ophthalmique a presque détourné l'attention de certaines autres éruptions siégeant sur l'œil et sur ses annexes et dont l'étude est à refaire, parce que leurs caractères anatomiques ne sont pas plus en rapport avec les désignations qui leur sont attachées qu'avec la symptomatologie qu'elles présentent. Je ne veux rappeler, à l'appui de cette dernière assertion, que le mémoire du professeur Horner, de Zurich, dans lequel l'herpès de la cornée est différencié d'avec les autres pustules siégeant sur la même membrane, éruptions qui, aujourd'hui encore, sont généralement confondues l'une avec l'autre (1).

J'ai été conduit à étudier actuellement l'eczéma des paupières pour les raisons suivantes : 1^o dans la plupart des ouvrages classiques, ce chapitre est confondu avec d'autres ou très-écourté ; 2^o dans les mois de mars et d'avril derniers, j'ai observé un nombre inaccoutumé de cas d'eczéma ; 3^o à cette même époque, j'ai eu la bonne fortune d'entendre, sur cette forme éruptive, considérée en général, les leçons d'un éminent chirurgien de l'Antiquaille, M. le docteur Gailleton.

(1) Société ophthalmologique de Heidelberg, 1871. Compte rendu des *Klinische Monatsblätter*, in *Annales d'Oculistique*, livraison janvier-février 1872.

A propos d'un point d'études aussi restreint, je me garderai bien d'aborder les questions brûlantes qui passionnent les dermatologistes ; cependant, au moment où le *traité des maladies de la peau* d'Hébra, traduit et annoté par le rédacteur en chef de ces *Annales*, va être connu des lecteurs français, je dois signaler combien les faits que j'expose confirment, mais en apparence seulement, les opinions que le professeur de Vienne formule au commencement de son livre et que nous avons entendues de sa bouche même. Si toutefois, dans le cours de ce travail, j'applique les doctrines diathésiques, ce sera un souvenir des deux enseignements rivaux de l'hôpital Saint-Louis.

On est rarement consulté pour l'eczéma des paupières quand il est survenu spontanément et quand il est limité exclusivement à ces voiles protecteurs sans occuper d'autres points de la face. Les soins médicaux ne sont guère réclamés que quand l'éruption s'accompagne ou se complique d'une conjonctivite éruptive ou purulente ; dans ces conditions, l'eczéma n'est plus seulement spontané ; le plus souvent il reconnaît pour cause première ou comme cause aggravante l'écoulement de la sécrétion conjonctivale sur les parties environnantes ; il succède quelquefois encore à l'application de remèdes variés, destinés à combattre la maladie oculaire. Cependant, en fréquentant les services hospitaliers de Saint-Louis, de l'Antiquaille, de l'hôpital général de Vienne, ainsi que divers asiles d'enfants, nous avons pu nous convaincre qu'il existait un eczéma des paupières, développé spontanément et limité presque exclusivement à cette région de la face, sans qu'on puisse invoquer, pour expliquer cette localisation restreinte, aucune cause certaine d'irritation locale.

Si je ne devais étudier l'eczéma des paupières que comme maladie diathésique, mon travail serait bien simplifié et ne justifierait pas les développements qui suivent ;

si au contraire, prenant pour base de cette étude la lésion anatomique, j'étudie les causes et les effets de celle-ci dans les circonstances diverses où elle se rencontre à la suite d'une irritation artificielle, les limites s'étendront considérablement et les applications pratiques se montreront d'elles-mêmes.

Que l'eczéma soit spontané ou qu'il résulte d'une irritation artificielle, il est toujours caractérisé par l'inflammation du réseau vasculaire du derme avec modifications des éléments épithéliaux et épidermiques. Cette inflammation occupe la couche de Malpighi : en arrière d'elle, le derme est rouge et injecté ; en avant d'elle l'épiderme est soulevé et constitue la vésicule ; si la vésicule reste transparente, on a l'eczéma simple ; si elle renferme du pus, on a l'impétigo. La vésicule étant ouverte, on trouve sur le derme une ulcération superficielle, c'est la pustule ; mais le passage de la première à la seconde n'est pas toujours facile à suivre ; les lésions initiales sont le plus souvent de courte durée et échappent à l'observation.

Étudié sous le rapport des particularités qu'il présente suivant son siège, l'eczéma des paupières peut occuper : 1° la surface palpébrale ; 2° les angles de l'œil ; 3° le bord libre de la paupière. Mais c'est surtout au point de vue étiologique que les deux formes diffèrent : d'où la distinction que j'établis entre l'eczéma spontané et l'eczéma artificiel.

Dans la forme spontanée, l'éruption est habituellement généralisée à la face et au cuir chevelu ; la zone éruptive s'étend parfois sans discontinuité depuis le sillon auriculaire jusqu'aux ailes du nez et jusqu'à la commissure labiale, recouvrant toute la région malaire, l'angle interne de l'œil et les plis palpébraux qui convergent vers cet angle, sans les dépasser toujours. C'est ce qu'on rencontre dans l'eczéma impétigineux de la face, chez les enfants chétifs ou mal

nourris, avec le cortège habituel de la scrofule (ganglions cervicaux, ozène, otorrhée). Notons dès maintenant que l'éruption spontanée siège très-rarement à la paupière supérieure, si ce n'est vers l'angle interne.

Chez les adultes, l'éruption est peut-être moins discrète ; toute l'étendue de la surface palpébrale, les angles, le bord tarsien, sont envahis en même temps qu'une partie plus ou moins considérable du reste du corps. Par contre, M. Gailleton m'a dit avoir observé des eczémas généralisés dans lesquels toute la région palpébrale ainsi que la région labiale étaient complètement respectées par l'éruption. J'ai bien observé cette bizarrerie pour d'autres éruptions, mais je ne l'ai pas encore vue dans l'eczéma.

Évidemment, dans tous ces faits, la manifestation est de cause diathésique ; elle s'accompagne d'éruptions semblables du côté des muqueuses, sur des points à l'occasion desquels il est impossible d'invoquer un traumatisme direct par l'action des liquides ou des solides.

Les éruptions vésiculo-pustuleuses de la conjonctive coïncident fréquemment avec l'affection cutanée. Mais alors les larmes sont modifiées dans leur quantité et dans leur constitution chimique ; la totalité ne peut plus passer par les conduits habituels ; en s'écoulant au dehors, une grande partie vient irriter les deux angles de l'œil, les bords palpébraux, et imprimer à l'éruption primitive un caractère de ténacité et de durée qui en modifie l'allure habituelle et en favorise l'extension.

Cette extension, qui est signalée comme fréquente par plusieurs dermatologistes (1), suit une marche analogue quand on l'observe aux orifices mucoso-cutanés de la bouche et du nez, là où le contact des sécrétions perpétue la maladie et l'aggrave, alors que les pustules du voisinage,

(1) Hardy, *Leçons sur les maladies dartreuses*, Paris 1860.

celles de la région malaire par exemple, auront rapidement disparu.

Je viens de parler des éruptions qui siègent aux angles de l'œil ; peu d'auteurs sont disposés à trouver là les caractères d'un eczéma primitif ; pour ma part, si j'ai noté quelque chose d'analogue à l'eczéma, c'est toujours à la suite d'un trouble, souvent très-léger, survenu dans les sécrétions conjonctivales, sous l'influence d'une promenade plus prolongée que d'habitude au soleil et à la poussière ; on observe encore ces légères excoriations, après un long séjour dans les soirées et dans les salles de spectacle, chez des personnes qui n'y vont pas ordinairement. Les grattages provoqués par l'irritation conjonctivale, par la présence de petits corps étrangers, viennent s'ajouter à l'action des larmes anormalement excrétées ; il en résulte, sur la peau très-délicate des angles, une desquamation épidermique à laquelle succède un exsudat crustacé qu'on rencontre plus souvent à l'angle externe qu'à l'angle interne, et qui me semble être d'origine artificielle. A ne considérer que le siège, on peut encore admettre comme troisième variété l'eczéma du bord libre des paupières auquel certains auteurs reconnaissent une origine spontanée.

Le docteur McCall Anderson (1) se range à cette idée et ne voit, dans l'*ophthalmia tarsi* et dans la *blépharite marginale*, rien autre chose qu'un eczéma impétigineux du bord libre des paupières.

J'ai attribué à l'eczéma, comme siège d'élection et comme limites du côté du bord libre, les intervalles des plis palpébraux ; or, ces plis convergent vers l'angle interne et s'arrêtent au point d'origine de la surface muqueuse ; l'éruption dont ils sont le siège peut facilement envahir la région voisine du bord tarsien. En outre, une éruption très-

(1) *A practical treatise upon eczema*, p. 107.

souvent concomitante de la conjonctive et de la cornée modifie la sécrétion des larmes qui irritent le bord tarsien.

Je n'ai pas de répugnance à admettre l'eczéma spontané du bord des paupières, mais il ne m'a pas été donné d'en étudier les manifestations primitives et isolées ; je l'ai toujours vu accompagné sinon précédé d'une vraie blépharite ciliaire avec sa sécrétion caractéristique, d'un eczéma des angles de l'œil ou de la surface palpébrale, d'après la marche ci-dessus exposée.

Les croûtes adipo-cireuses de la blépharite ciliaire *simple* sont faciles à différencier d'avec les croûtes eczémateuses qui sont constituées par des lamelles épidermiques. Il est constant que les blépharites ciliaire et mentagreuse, au bout d'un certain temps, se compliquent d'ulcérations de la peau au-dessous de la croûte cireuse, mais alors l'eczéma développé dans ces conditions ne peut plus être regardé comme spontané.

En somme, on peut logiquement admettre que l'eczéma spontané de la surface des paupières s'accompagne, dans un court délai, d'éruptions identiques du bord libre, toutes les fois surtout qu'il y a des manifestations du côté de la muqueuse oculaire ; mais, à défaut d'observation bien précise, il me semble prudent de ne rien affirmer encore sur la nature essentielle de cette *ophthalmia tarsi* qui est tantôt la cause et tantôt l'effet de l'eczéma des parties voisines ; on trouve encore ici le cercle vicieux si fréquent en pathologie.

A vrai dire, ce qui précède rentre tout à fait dans les idées des dermatologistes qui ont tendance à rejeter l'existence des dyscrasies herpétiques et qui, comme Hébra, font jouer le rôle principal, sinon exclusif, dans la production des maladies cutanées, à l'action irritative des agents extérieurs, solides, liquides ou gazeux.

En appliquant à la dermatologie la méthode expérimentale

tale, on arrive bien, en effet, à reproduire artificiellement le plus grand nombre des maladies de la peau, mais on ne saurait leur donner en même temps les caractères de ténacité, de répétition, etc., qui sont le propre des dermatoses constitutionnelles.

Nous avons signalé le mode de développement de l'eczéma des angles, décrit et traité habituellement comme un catarrhe angulaire ; nous avons parlé de l'eczéma du bord libre, regardé par la majorité comme une ophthalmie tarsienne, et, dans l'impossibilité où nous sommes de rejeter absolument son origine spontanée, nous avons signalé la fréquence de son apparition en même temps que des éruptions du côté de la muqueuse oculaire.

Ces manifestations du côté de la muqueuse et du côté de la peau reconnaissent-elles la même cause, et les unes ne peuvent-elle pas être le résultat des autres ? Nous sommes ainsi conduits à appliquer notre classification étiologique et à étudier maintenant l'eczéma artificiel des paupières. •

Celui-ci peut être produit : 1° par la sécrétion muco-purulente que fournit une fistule lacrymale ou bien un ulcère du voisinage (boutons cancroïdaux, etc.) ; 2° par un épiphora existant depuis quelque temps ; 3° par une sécrétion purulente de la conjonctive (ophthalmies diverses, phlegmon de l'œil, tumeurs orbitaires) ; 4° par le grattage des manifestations éruptives autres que l'eczéma (pityriasis, psoriasis, herpès circiné, herpès zona, etc.) ; 5° par l'application des remèdes destinés à combattre les conjonctivites, les blépharites et les éruptions non eczémateuses ; 6° par le contact direct d'un corps étranger (branche d'arbre, boule de neige) ; 7° par la rétention de sécrétions cutanées au moyen du bandeau compressif.

1° La paupière supérieure ne saurait être atteinte par les sécrétions que fournit une fistule du sac lacrymal ; elle est seulement intéressée, et dans sa région tarsienne ex-

clusivement, quand les troubles de l'excrétion lacrymale ont provoqué l'apparition d'une blépharite marginale ; la paupière inférieure elle-même n'est guère envahie que dans sa région interne, au niveau des plis radiés qui convergent vers l'angle nasal et aussi dans le bord tarsien.

2° Dans les cas d'épiphora, les deux angles, l'interne surtout sont habituellement ulcérés ; l'extension de l'éruption aux autres points est toujours consécutive au développement d'une blépharite ciliaire qui ne tarde pas à se manifester.

3° Les diverses variétés de conjonctivite purulente (blennorrhagique, des nouveaux-nés, etc.), s'accompagnent d'un gonflement considérable des deux paupières, surtout de la supérieure ; le gonflement des tissus constituant prépare la formation d'un ectropion qui a lieu d'autant plus facilement qu'il est favorisé par le spasme des paupières, par la photophobie et aussi par les manœuvres que nécessite le traitement de l'ophtalmie. La circulation est modifiée dans les tissus de la paupière renversée : la gouttière que forme l'adossement des deux surfaces cutanées et qui correspond aux plis de la paupière supérieure est envahie de proche en proche par les sécrétions conjonctivales ; elle s'ulcère aussi par pression réciproque ; si l'on essaye alors de réduire l'ectropion, on trouve des plaques eczémateuses et des gerçures profondes dans les plis orbito-palpébraux. Mais la sécrétion purulente, obéissant aux lois de la pesanteur, atteint encore plus facilement la surface cutanée de la paupière inférieure ; le bord de celle-ci est bien vite le siège de la vraie blépharite marginale, complication qui est commune autant à la paupière d'en haut qu'à celle d'en bas ; cette dernière a encore à souffrir de sa position relativement à la première ; celle-ci, quand elle n'est pas renversée en dehors et qu'elle ne forme pas un ectropion, retombe comme une masse énorme, globu-

leuse, dont le bord descend bien au-dessous du niveau habituel et peut même dépasser le rebord orbitaire inférieur. Elle recouvre ainsi toute la paupière inférieure qui est constamment en contact avec la sécrétion purulente de la cavité conjonctivale et qui s'ulcère par les frottements.

Ces derniers phénomènes, à part des variantes dans l'intensité, se produisent dans les cas de sécrétion purulente abondante, que celle-ci soit le résultat d'une conjonctivite spéciale, d'une panophtalmie et d'une tumeur oculaire ou orbitaire.

Les excoriations qu'on observe après l'application du bandeau compressif chez les opérés de cataracte ou d'iridectomie résultent d'une rétention des produits sécrétés, dont l'action irritative est facilitée par la compression qui rend la circulation moins active et détermine un léger degré d'infiltration dans les tissus de la paupière.

Ces excoriations sont souvent la seule cause de la douleur qui est accusée par les opérés et qui peut donner le change aux chirurgiens non prévenus. Chez plusieurs colons espagnols opérés à Paris, j'ai observé une accumulation considérable de matière sébacée après les premiers jours d'application du bandeau ; en cherchant à enlever ces croûtes grisâtres, on trouve l'épiderme exfolié avec ulcération superficielle du derme ; chez les personnes à cheveux roux de nos pays, on observe cette forme d'eczéma qui s'accompagne d'un véritable gonflement érysipélateux des tissus de cette région.

4° Comme sur les autres points du corps, l'eczéma artificiel des paupières peut être l'aboutissant ultime de certaines éruptions prurigineuses et autres. Le malade y porte instinctivement les doigts ; les pellicules pityriasiques sont remplacées par les croûtes de l'eczéma ; j'en dirai autant du psoriasis et de l'herpès ; quant au zona, il s'accompagne souvent de phénomènes inflammatoires du côté des membranes oculaires

(superficielles et profondes) ; si la photophobie qui les accompagne n'est pas suffisamment combattue par le séjour dans l'obscurité et par le repos de l'œil, il se développe un spasme des paupières qui contrarie la guérison des pustules de zona ; celles-ci dégénèrent, deviennent franchement eczémateuses, et quand elles siègent dans les plis palpébraux, elles deviennent à leur tour la cause très-active d'un spasme qu'il n'est pas toujours facile de combattre.

5° Les cataplasmes faits avec des matières fermentescibles, appliqués trop chauds ou pendant trop longtemps, provoquent le développement de l'eczéma des paupières ; on ne saurait, dans ces cas, invoquer l'extension progressive d'une blépharite ou d'une autre maladie oculaire comme cause de cette éruption, car celle-ci disparaît presque toujours aussitôt qu'on cesse l'application inopportune des topiques.

J'en dirai autant de l'emploi des douches en jets ou en vapeur, des compresses émollientes appliquées à une température trop élevée, pour des affections oculaires ou cutanées qui, d'elles-mêmes et en l'absence de tout médicament provocateur, peuvent bien, après tout, se compliquer d'éruptions eczémateuses.

L'action de ces divers topiques peut aller au delà de l'érythème et de la simple vésicule, en produisant des brûlures au premier degré et des inflammations superficielles de la peau ; ces lésions provoquées n'agissent pas toujours à la façon des contre-irritatifs, et, au lieu de détourner l'inflammation profonde, elles ne servent parfois qu'à l'entretenir.

Les traitements qu'on applique à certaines formes de blépharite et de conjonctivite chroniques, les pommades à base d'oxyde mercuriel mal divisé et demeuré à l'état de grumeaux ou de cristaux, les badigeonnages des paupières avec la teinture d'iode et avec le nitrate d'argent en solu-

tion concentrée ou en nature, peuvent faire naître des pustules d'eczéma ; leur emploi prolongé produit une inflammation superficielle de la peau, d'où résultent plus tard et à la longue des cicatrices blanchâtres, peu profondes, qui, à la faveur du tissu très-délicat dans lequel elles siègent, se rétractent et aboutissent en dernier lieu à la production d'un ectropion ; celui-ci s'observe plus souvent et plus tôt à la paupière inférieure.

Pendant cinq ans, j'ai eu maintes fois l'occasion de voir des malades qui avaient été traités par M. Ducommun, médecin oculiste d'un dispensaire municipal de Paris. La plupart étaient atteints d'un degré variable d'ectropion des deux paupières, surtout de l'inférieure, recouverte encore de croûtes eczémateuses. La peau en était comme racornie, elle avait perdu sa souplesse et ses plis normaux ; sa teinte était devenue brun-rouge et les malades venaient consulter surtout pour un larmolement, résultat inévitable de l'ectropion. Or, le docteur Ducommun avait grande confiance en une pommade au nitrate d'argent qu'il appliquait comme panacée à presque toutes les ophthalmies ; l'eczéma, en se répétant, avait produit dans ces cas une véritable inflammation du derme.

6° Chez les enfants à peau tendre et délicate, au milieu de la température froide de l'hiver, le choc d'une boule de neige, le froissement léger produit par une branche d'arbre et par quelque corps contondant que ce soit ayant agi sur la peau des paupières, peuvent amener la production d'un eczéma ; la prédisposition individuelle joue dans ce cas un grand rôle et de pareilles éruptions se voient souvent chez les enfants dont la main est couverte d'engelures.

7° L'eczéma qui survient par le fait du bandeau appliqué à la suite des opérations sur l'œil se produit par les deux moyens mentionnés plus haut : 1° par rétention, à la surface

cutanée des paupières, de la sécrétion conjonctivale ; 2° par rétention des sécrétions cutanées dont la quantité est peut-être augmentée par le fait de la compression du bandeau.

Traitement, pronostic et complications : La classification étiologique que j'ai adoptée sera justifiée par le traitement. La guérison de l'eczéma spontané des paupières, lorsqu'elle n'est pas entravée par des affections oculaires intercurrentes, s'obtient assez rapidement sous l'action des médicaments généraux qu'on oppose à l'eczéma simple ou impétigineux du cuir chevelu, chez les enfants scrofuleux, et par le fait des conditions hygiéniques par lesquelles on combat habituellement l'affection strumeuse. La propreté des enfants atteints doit être scrupuleusement soignée ; en les laissant vivre au grand air, ce qui est nécessaire, il faut éviter qu'un soleil trop ardent ou que la poussière ne deviennent des causes d'aggravation ; on y obvie par l'emploi de voiles légers, d'ombrelles, par des onctions délicates avec la glycérine très-pure. On se gardera bien d'appliquer au-dessus des croûtes eczémateuses de la charpie ou des linges fins enduits de diverses substances et maintenus en place à l'aide d'un bandeau plus ou moins compressif. Tout au plus devrait-on recourir à ce dernier moyen dans les cas de complication conjonctivale ou cornéenne réclamant un traitement dont je n'ai pas à formuler ici les indications ; d'habitude ces maladies oculaires affectent une marche atonique ; elles ne nécessitent pas l'emploi de moyens protecteurs, tels que lunettes et bandeau, et il n'y a plus lieu alors de craindre l'extension ni la modification de l'éruption primitive par l'usage d'agents mécaniques ou chimiques.

Le meilleur moyen d'abrégier la durée de la poussée eczémateuse, c'est de ne pas trop agir localement ; tout au plus, une croûte étant tombée et laissant à découvert une surface exulcérée, ferait-on bien de la saupoudrer très-légèrement avec les poudres de lycopode et

de vieux bois par exemple ; on ne devra pas employer ce moyen pour les exulcérations des angles et du bord palpébral ; on ne pourrait pas, en effet, agir sur ces parties sans intéresser la conjonctive et sans provoquer une réaction nuisible du côté de l'œil et de ses sécrétions. Les diverses poudres parfumées, l'oxyde de zinc, la magnésie, devront être rejetées ; elle sont trop souvent modifiées lors de leur préparation et adultérées intentionnellement ; l'emploi des douches humides (eau froide et vapeur) devra être proscrit tant que l'eczéma conservera son caractère exsudatif suintant.

Pour ce qui est de l'eczéma spontané et généralisé qui se rencontre chez les adultes, le traitement est beaucoup plus long et la guérison plus difficile. Tout aussi impérieusement que dans l'impétigo des enfants, il faut combattre la diathèse par une médication générale, mais le plus souvent les résultats se font longtemps attendre. On a beau faire alterner les alcalins avec les arsenicaux, les glycérolés avec les teintures irritantes, la maladie semble suivre une marche fatale qui déconcerte le médecin et ne lui permet que de soigner les complications locales.

La guérison d'une première poussée, quelque temps qu'elle se soit fait attendre, laisse après elle des traces insignifiantes ; la peau reprend vite sa souplesse d'autrefois et les plis palpébraux leur aspect habituel ; à l'emplacement occupé par les pustules, on remarque après la chute des croûtes une pigmentation brune résultant de la fluxion sanguine qui a eu lieu dans ce point et dont la couche dite de Malpighi a été le siège principal.

Mais la tendance aux récidives et à la longue durée, principal cachet de cet eczéma des adultes, lui donne un caractère véritablement malin. Avant même que les croûtes soient tombées et qu'elles laissent voir un épiderme fendillé, recouvrant des plaques fortement pigmentées, la peau enflammée (dermite superficielle) se rétracte à la

façon d'une cicatrice et dévie en dehors les bords tarsiens des paupières ; les points lacrymaux sont également renversés en dehors ; les larmes s'écoulent alors sur la joue, entretiennent l'éruption cutanée et en aggravent les mauvais effets.

Ce résultat ne manque pas de se produire au bout de deux poussées éruptives.

Pour ces raisons, l'eczéma spontané et généralisé des paupières, chez les adultes, réclame un traitement local dont le but principal sera de restreindre l'inflammation et de la modérer le plus possible. Pas de pommades ni d'onguents irritants : la pommade à base d'emplâtre simple (1), les poudres tout à fait inertes et déposées en nuages déliés, les onctions délicatement faites avec la glycérine et les médicaments appelés glycérolés, sont le plus à recommander. Dès que les points lacrymaux ont tendance à se renverser il faut les fendre suivant la méthode de Bowmann, pour mettre la nouvelle ouverture en rapport avec le lac lacrymal et combattre un larmolement qui entretient l'eczéma et l'aggrave.

Le traitement de l'eczéma traumatique ou artificiel des paupières réclame avant tout l'éloignement de la cause qui l'a produit. L'éruption, dans ce cas, est plus ou moins discrète, et ne devient confluyente que quand elle succède à un érysipèle de cette région ; elle prend alors les allures de l'eczéma généralisé spontané, dont elle diffère toutefois et par la rapidité de la guérison et par l'absence des récidives. On n'a plus à craindre ici le développement de cicatrices avec tendance à l'ectropion ; l'ulcération superficielle de la peau, qui constitue la lésion, fournit l'indication

(1) De Wecker emploie, sous le nom de pommade antiblépharitique une pommade de ce genre que recommande également Solberg Wells, et qui se rapproche par sa composition de la pommade prescrite par Hebra pour les affections eczémateuses (De Wecker, *Maladies des yeux*, t. I, p. 668).

d'un traitement tout local. On touchera très-légèrement et très-exactement les surfaces dépourvues de croûtes avec un crayon pointu de nitrate d'argent ou, mieux encore, avec un pinceau trempé dans une solution concentrée du même sel.

On supprimera le grattage chez les enfants en leur liant les mains et en les attachant de façon qu'ils ne puissent se frotter la tête contre leur traversin.

On renoncera momentanément aux lotions et aux douches réclamées par les affections oculaires, toutes les fois que celles-ci, par leur gravité, ne domineront pas la situation et ne nécessiteront pas des soins impérieux.

Les ulcérations de la paupière inférieure déterminées par la chute de la paupière supérieure qui la recouvre dans l'ophthalmie purulente seront enrayées par de prudents badigeonnages avec le nitrate d'argent et combattues par un linge fin interposé aux deux surfaces.

On en prévientra l'apparition par des onctions avec un corps gras qui s'altère moins vite (la glycérine très-pure et le cold-cream non parfumé).

Dans les cas d'ectropion complet de la paupière supérieure, on introduira entre les deux surfaces adossées une très-fine bandelette enduite d'un corps gras, rarement renouvelée et mise avec précaution. Il va sans dire que le traitement de l'affection oculaire primera celui de l'exanthème palpébral, pour peu qu'on craigne une altération de la vue. Les excoérations et les croûtes survenues sous le bandeau compressif, chez les cataractés, seront combattues par l'enlèvement définitif du bandeau, si déjà la plaie est tout à fait réunie; dans le cas contraire on obtiendra une amélioration et l'on calmera la démangeaison en laissant l'œil privé de sa bande pendant 15 ou 20 minutes à chaque pansement journalier.

Dans le cours d'un zona ophthalmique avec lésions de la

cornée et de l'iris, il se développa, chez un de mes malades, de profondes gerçures aux deux angles et dans tous les plis de la paupière supérieure jusqu'au niveau du sillon orbito-palpébral. Cette variété de plaques eczémateuses résultait, en ce dernier point, de la transformation des pustules du zona et de leur irritation par les compresses tièdes que j'avais fait appliquer pour l'ulcère cornéen.

A un certain moment, il apparut dans l'orbiculaire un spasme tel que je dus renoncer à l'instillation des collyres et à l'application des compresses, à la vue des gerçures qui se fendillaient et qui saignaient à chaque mouvement volontaire ou forcé des paupières.

Les premiers dangers écartés du côté de la cornée, j'immobilisai les deux paupières par de petites bandelettes de baudruche gommée, placées entre les ulcères; avec un pinceau trempé dans une solution de nitrate d'argent, je les touchai légèrement, et, après quelques jours, je pus reprendre le traitement de l'affection oculaire sans voir repaître le spasme d'autrefois.

Les gerçures et les croûtes des angles de l'œil seront avantageusement soignées par l'immobilisation relative des paupières, qu'on obtient en prescrivant au malade de séjourner dans une pièce sombre et de ne pas appliquer sa vue; on recommandera soigneusement d'éviter le grattage de ces parties, à l'occasion de la toilette de la face; on soignera concurremment le catarrhe conjonctival et la blépharite, qui manquent rarement d'exister. Les surfaces mises à vif seront légèrement et très-exactement touchées avec le sel d'argent, et ce dernier moyen est encore le plus efficace dans l'eczéma du bord libre des paupières, que la majorité regarde comme étant toujours une blépharite marginale.

On évitera l'eczéma artificiel consécutif à l'emploi des caustiques et des vésicants sur la paupière, en employant

ces derniers avec modération et à des intervalles éloignés.

Les badigeonnages à la teinture d'iode, avec le nitrate d'argent, les pommades faites avec le même sel ou avec le précipité rouge à haute dose, aboutissent à la production de l'eczéma à la suite d'un long emploi et en l'absence de toute surveillance. Aussi, les médicaments de cette nature qu'on oppose aux affections chroniques de la conjonctive et du tarse et dont l'emploi est confié aux malades eux-mêmes devront être peu énergiques toutes les fois qu'on n'en pourra pas contrôler les effets à de courtes durées de temps. Il sera bon d'interrompre leur usage de temps à autre et d'employer dans les intervalles de deux applications une onction avec le cold-cream ou avec la glycérine, dans le but d'assouplir la peau et de lui rendre sa mollesse normale. Les glycérolés nombreux qu'on emploie sont le plus souvent assez mal préparés, et c'est là un obstacle à leur généralisation.

La *glyconine* de Sichel, employée à Paris par MM. Bazin, Depaul, Guyon, etc., contre les érythèmes, les gerçures et les eczémas de toute provenance, réalise les conditions que doit remplir un médicament de ce genre ; elle est imputrescible, s'étale facilement en couches légères sur les parties qu'on veut recouvrir, constitue un vernis isolant et protecteur, et a l'avantage presque unique de pouvoir être enlevée avec un peu d'eau.

Si l'ectropion est déjà en voie de développement, ces derniers moyens, à eux seuls, ne rendront guère à la peau la souplesse qu'elle avait auparavant ; toutefois, ils ne seront pas sans utilité et viendront en aide aux mesures chirurgicales qui seront prises soit contre le renversement du bord tarsal, soit contre l'éversion des points lacrymaux.

Dans les longs développements qui précèdent, j'ai décrit plus d'une lésion superficielle que beaucoup ne regarderont pas comme franchement eczémateuse. Dans plus d'un

cas, j'hésiterais moi-même à me prononcer, tant il est difficile de dire où commence et où finit l'eczéma; mais en étudiant l'eczéma artificiel, la lésion qui le constitue autorise à comprendre sous ce nom les dermatites superficielles qui peuvent succéder à l'érysipèle, aux brûlures légères, etc., car le même traitement convient à toutes, et ce traitement est exclusivement local. Il n'en est plus de même pour l'eczéma spontané qui s'aggrave d'habitude par le fait de la médication locale et qu'on ne saurait améliorer sans l'emploi du traitement général. Ce sont là, je pense, des caractères assez nets pour différencier les deux formes. J'ajouterai, pour finir, que dans la dernière, les complications du côté de l'œil ne présentent pas la même marche ni les mêmes allures que dans la première; c'est ce qu'il paraissait utile d'établir et ce qui justifiera le temps consacré à leur étude.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

V.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES POUR SERVIR A L'HISTOIRE DES
MALADIES VÉNÉRIENNES CHEZ LES ANIMAUX, PAR MM. HORAND
ET PEUCH.

Nous trouvons, sous ce titre, dans le *Journal de médecine vétérinaire*, publié à l'École de Lyon (année 1870), un très-intéressant mémoire de MM. Horand et Peuch. Ces deux savants expérimentateurs ont cherché à fixer définitivement l'opinion sur la question de l'inoculation de la syphilis aux animaux. Le lecteur n'ignore pas les expériences qui ont été déjà faites et les résultats contradictoires auxquels elles ont donné lieu.

Mais avant d'aborder cette question, ces auteurs ont consacré une série d'expériences à l'étude de la balanite et de l'urétrite chez le chien.

Ils se sont demandé :

1° *Si la balanite du chien est de nature blennorrhagique ;*

2° *Si le chien est susceptible de contracter la blennorrhagie.*

I. *De la balanite du chien.* — Bien des causes peuvent produire cette affection, mais la plus importante est assurément celle que signalent MM. Horand et Peuch, la conformation anatomique de la région. C'est, suivant une expression que nous empruntons à M. A. Fournier, l'état *couvert du gland*, cet état qui, chez l'homme, domine l'étiologie de la balanite simple. Chez le chien, en effet, comme chez l'homme affecté de phimosis, le prépuce

très-étendu recouvre complètement le gland ; la matière sébacée s'accumule dans son intérieur, et de plus, après chaque miction, quelques gouttes d'urine s'y épanchent. Cette disposition constitue une cause prédisposante très-efficace ; c'est là, bien évidemment, le fait initial qui prépare et entretient l'inflammation ; c'est la cause, enfin, qui explique tout à la fois la facilité avec laquelle la balanite se développe, et sa fréquence chez le chien.

Mais, de même que chez l'homme, la balanite, chez le chien, ne pourrait-elle pas être produite par une cause spécifique, par la blennorrhagie ?

Cette question mérite quelque attention, tant au point de vue pratique, qu'au point de vue scientifique. M. Lafosse, professeur distingué de l'École de Toulouse, n'hésite pas, dans son *Traité de pathologie vétérinaire*, à considérer la balanite du chien comme étant « souvent un des symptômes de la maladie vénérienne. » Ce n'est là qu'une affirmation. Si la balanite du chien, objectent MM. Horand et Peuch, était de nature blennorrhagique, si elle était inoculable, elle devrait se transmettre par le coït ; c'est ce que ne confirme pas l'observation clinique. Pour élucider complètement la question ils ont fait les deux expériences suivantes que nous résumons :

Expérience I. — On dépose, à l'aide d'une sonde cannelée, sous la paupière inférieure de l'œil gauche d'un chien de trois ans, du muco-pus verdâtre provenant d'un chien atteint d'une balanite intense. Il ne se produit qu'une très-légère rougeur de la conjonctive qui disparaît le surlendemain de l'opération.

Expérience II. — On introduit, à l'aide d'une sonde cannelée, dans le canal de l'urèthre d'un chien de quatre mois, non atteint d'urétrite, du muco-pus verdâtre provenant d'un chien affecté d'une balanite. L'animal observé

pendant dix-huit jours ne présente ni écoulement ni trouble dans la miction.

Bien que ces deux expériences aient donné des résultats négatifs, MM. Horand et Peuch n'ont pas jugé nécessaire de les répéter, de les multiplier, car ils pensent avoir démontré, dans l'article *Uréthrite* ci-après, que la blennorrhagie n'existe pas chez le chien.

II. *Uréthrite*. — En abordant cette étude ils se sont demandé : *si l'uréthrite existe chez le chien ? et, si elle existe, dans quelle proportion on la rencontre ?* Dans leurs recherches ils ont eu bien souvent l'occasion d'examiner l'état du canal de l'urèthre des chiens de différents âges; trois fois seulement ils ont constaté l'existence d'un écoulement *uréthral*. Jamais ils n'ont observé le moindre engorgement de l'épididyme. L'écoulement, consistant en une goutte ou deux d'un liquide d'une teinte laiteuse et de nature séreuse, paraissait venir de la partie antérieure du canal. Il coexistait avec une balanite intense, et les chiens étaient âgés l'un de un an, l'autre de six ans, le troisième de huit ans.

L'uréthrite existe donc chez les chiens âgés. Elle semble être la propagation de l'inflammation du prépuce à la partie antérieure de l'urèthre. L'excès de coït pourrait encore expliquer cette uréthrite. Enfin, à l'appui de leur opinion, nos auteurs peuvent ajouter qu'ils n'ont jamais rencontré chez la chienne le moindre écoulement du canal de l'urèthre, ce qui exclut l'idée de contagion. Quoique la nature de l'uréthrite leur ait paru bien déterminée dans les trois cas précités, ils ont pensé qu'il n'était pas inutile de savoir comment cet écoulement pouvait se comporter à l'égard de la muqueuse oculaire. Pour cela, dans quatre expériences, du muco-pus abondant fut placé dans l'œil de trois chiens, les soins les plus minutieux pour la réussite de l'inoculation furent observés; dans les quatre cas le ré-

sultat fut négatif. La différence est donc grande entre l'urétrite du chien et la blennorrhagie uréthrale de l'homme, tant au point de vue des symptômes qu'au point de vue de *son action* sur la muqueuse oculaire.

Passant à un autre ordre d'idées, MM. Horand et Peuch ont cherché à savoir ce que produirait l'inoculation de la blennorrhagie de l'homme au chien. Mais avant, ils ont voulu se rendre compte du degré de sensibilité de la muqueuse de l'urètre chez cet animal et de sa susceptibilité inflammatoire. Pour cela, chez un chien atteint d'une balanite très-marquée et n'ayant pas d'écoulement urétral, ils ont pratiqué plusieurs cathétérismes dans l'espace de trois jours. Vers le cinquième jour il se produisit un léger suintement muco-purulent. Le sixième jour l'écoulement devint lactescent et disparut ensuite rapidement. Ils ont pu conclure de cette expérience que la muqueuse uréthrale chez le chien a peu de tendance à s'enflammer.

Revenant à l'idée de la transmission de la blennorrhagie de l'homme au chien, ils ont déposé du pus blennorrhagique de l'homme dans le canal de l'urètre de deux chiens indemnes d'écoulement urétral; dans ces deux cas il est survenu une urétrite. Cette urétrite s'est manifestée vers le quatrième jour dans les deux cas. Il y a donc eu une période d'incubation. Enfin, comme complément, ils ont rempli en quelque sorte le vagin d'une chienne de muco-pus blennorrhagique de l'homme. L'animal présentait dès le lendemain un écoulement qui dura deux jours.

Voici les conclusions par lesquelles MM. Horand et Peuch résument l'histoire de l'urétrite chez le chien :

1° Urétrite spontanée, rare et se présentant avec les caractères de l'urétrite chronique ;

2° Urétrite pouvant se développer sous l'influence du traumatisme et même, dans ce cas, offrant les caractères de l'urétrite chronique ;

3^e Blennorrhagie de l'homme pouvant s'inoculer au chien, mais donnant naissance à une uréthrite de peu d'intensité et de courte durée ; toutefois ayant une action marquée sur la balanite ;

4^e Blennorrhagie de l'homme non inoculable à la muqueuse oculaire du chien.

III. *Du chancre simple inoculé au chien.* Le chancre simple est-il inoculable à cet animal ? MM. Horand et Peuch ont entrepris, les premiers, croient-ils, des expériences sur ce sujet. A cet effet, une douzaine de chiens, de préférence de jeunes sujets, ont subi les inoculations les plus variées. Pour lieu d'inoculation, ces auteurs ont choisi des régions que l'animal ne peut lécher et qui sont soit recouvertes en outre par une peau fine non pigmentée, soit par une muqueuse très-vasculaire. Ici, comme dans les expériences précédentes, ils se sont placés dans les meilleures conditions de réussite.

MM. Horand et Peuch ont résumé leurs expériences dans le tableau suivant que nous reproduisons. (Voir page 386.)

En analysant les effets obtenus dans les inoculations exposées dans ce tableau, et les rapprochant de ceux qu'on observe chez l'homme auquel on inocule un chancre simple, on voit qu'ils en diffèrent essentiellement.

Chez le chien, nos auteurs n'ont jamais observé de périodes d'inoculation proprement dite. Dans tous les cas les inoculations se sont comportées comme des plaies simples. Une fois (obs. XIV) ils ont vu se produire, le lendemain de l'inoculation, deux petites pustules, lesquelles ont formé des plaies qui, au lieu de s'agrandir, étaient complètement cicatrisées sept jours après leur apparition, sans l'intervention d'aucun traitement. Douze fois ils n'ont rien constaté du côté des ganglions inguinaux ; deux fois ces or-

TABLEAU SYNOPTIQUE DES INOCULATIONS DE CHANCRE SIMPLE FAITES SUR LE CHIEN.

NOS D'ORDRE.	SIGNALEMENT de L'ANIMAL.	DATE de L'INOCU- LATION.	MODE d'INOCULATION.	ASPECT des PARTIES INOCULÉES.	ÉTAT des GANGLIONS.	ÉPOQUE DEFINITIVE de la Cicatrisation observ. à ce sujet.
1	Chien de Terre-Neuve, âgé de 8 à 9 ans.	9 juillet 1868	3 piqûres à l'extrémité du pénis.	Rougeur diffuse de l'extrémité termin. du pénis; phimosis qui disparaît en 2 jours.	Normal.	Cicatrisation normale.
2	Chien d'arrêt, âgé de 8 ans.	14 nov. 1868	3 piqûres sur le fourreau.	Rougeur aux points inoculés.	Normal.	Vers le 18 nov. les piqûres se résorbent rapidement.
3	Sujet de l'observation n° 2.	25 nov. 1868	5 piqûres dans le fourreau.	Rougeur des points inoculés, qui disparaît graduellement.	Normal.	Vers le 29 nov. les piqûres ne laissent aucune cicatrice.
4	Chienne âgée de 2 mois.	3 déc. 1868	2 petits godets sous-cutanés à la région ombilicale.	L'orifice d'un des godets à un aspect ulcéreux.	Normal.	Vers le 10 déc.; cicatrisation lente de l'un des godets.
5	Chienne âgée de 18 jours.	11 déc. 1868	2 godets sous-cutanés à la région ombilicale.	Les orifices des godets ont un aspect ulcéreux grisâtre.	Normal.	Vers le 23 déc.; cicatris. lente. An-timoine, et form. d'une pust. très-impure à l'un des points ulcérés.
6	Chien âgé de 12 jours.	27 janv. 1869	2 godets et un seton à la région ombilicale.	Les orifices des godets n'ont pas l'aspect ulcér. engorg. marqué du seton.	Légère tuméf. qui disparaît d'elle-même en 4 jours.	Vers le 7 févr.
7	Chienne âgée de 18 jours.	2 février 1869	2 godets à la région ombilicale.	Une plaie à bord irrégulier, à fond grisâtre, ayant un aspect ulcéreux.	Légère tuméfaction qui disparaît le lendemain.	Vers le 19 févr.
8	Chienne sujet de l'observ. 7, âgée alors de 38 jours.	23 févr. 1869	10 piqûres à l'oreille gauche, 12 à la droite, 2 setons à la région ombilicale.	Engorgement prononcé des setons qui disparaît rapidement.	Normal.	Vers le 29 févr. cicatrisation rapide.
9	Chienne âgée de 39 jours.	23 févr. 1869	10 piqûres à l'oreille droite, 6 à la gauche, 8 à la région ombilicale.	Jaunâtre et ulcéreux.	Normal.	Vers le 27 févr. cicatrisation rapide.
10	Chien de l'observ. n° 6, âgé alors de 39 jours.	23 févr. 1869	12 piqûres à l'oreille gauche, 5 à la droite, 10 à la région ombilicale.	En enlevant les croûtes, on voit de petites plaies d'un aspect gris jaunâtre.	Normal.	Vers le 27 févr. cicatrisation rapide.
11	Chienne des obs. 7 et 8, âgée alors de 42 jours.	28 févr. 1869	2 piqûres à l'oreille gauche, 3 à la droite. Ces piqûres saignent beaucoup.	Mêmes symptômes que pour le n° 10.	Normal.	Vers le 9 mars.
12	Chienne de l'obs. 9, âgée alors de 43 jours.	28 févr. 1869	1 piqûre à l'oreille gauche, 3 à la droite.	Mêmes symptômes que pour les nos 10 et 11.	Normal.	Vers le 6 mars.
13	Chien des observ. 6 et 10, âgé alors de 43 jours.	28 févr. 1869	2 piqûres à l'oreille gauche, 3 à la droite, 4 à la région ombilicale.	Mêmes symptômes que pour les nos 10, 11 et 12.	Normal.	Vers le 7 mars.
14	Chienne âgée de 2 mois et 20 jours	5 avril 1869	8 piqûres à l'oreille gauche.	2 pustules; large al-véole violacée entourant toutes les piqûres. Petites plaies d'un gris rougeâtre.	Normal.	Vers le 12 avr. Inocul. du pus cont. dans les pustules d'un jeune chien; résultat négatif.

ganes ont été le siège d'une tuméfaction diffuse qui a disparu d'elle-même en deux jours.

Dans une deuxième série d'expériences, les effets qu'ils ont vu se produire en inoculant du pus de séton ont été entièrement identiques à ceux qui se sont montrés lors des inoculations du pus chancreux.

Enfin, les résultats obtenus chez le chien sont bien différents de ceux constatés par M. Diday dans ses inoculations du chancre simple au chat et au lapin.

MM. Horand et Peuch se croient autorisés par leurs expériences à conclure :

« Que tous les résultats obtenus par eux sont négatifs, c'est-à-dire que le chancre simple n'est pas inoculable au chien, contrairement à ce que l'on pourrait penser d'après les assertions des auteurs qui ont écrit que le chancre simple était inoculable à tous les animaux. »

IV. *Du chancre simple inoculé au chat.* C'est uniquement comme complément de l'étude qu'ils ont faite sur le chien que nos auteurs ont entrepris des recherches identiques, mais en petit nombre, chez le chat. M. Diday, dans ses expériences, a prouvé l'inoculabilité du chancre simple au chat. Dans deux expériences, MM. Horand et Peuch ont obtenu des résultats négatifs, et, sans vouloir nier l'existence du chancre simple chez le chat, ils sont amenés à conclure, par leurs expériences, que le chancre simple ne se développe pas aussi sûrement chez cet animal, après l'inoculation, qu'on pourrait le penser.

V. *Transmission de la syphilis aux animaux.* MM. Horand et Peuch ont fait précéder l'exposé de leurs recherches expérimentales d'une étude critique des faits que renferme la science sur ce sujet. L'histoire de la transmission de la syphilis aux animaux peut, d'après eux, se diviser en deux périodes.

Dans la première, par le fait de la confusion qui existe

entre le chancre simple et la syphilis, on ne peut tenir aucun compte des expériences.

Dans la seconde, on tente d'inoculer la syphilis telle qu'on la connaît aujourd'hui. Mais les résultats sont le plus souvent négatifs, et les quelques cas fournis en faveur de la transmission de la syphilis aux animaux ne sont point nets et précis, et d'ailleurs ils sont présentés comme douteux par les expérimentateurs eux-mêmes.

Pour savoir de quel côté était la vérité, MM. Horand et Peuch ont fait quelques expériences. Du pus de plaques muqueuses, de chancre syphilitique, a été inoculé à des chiens, à un chat et à un mulet. Les résultats ont été entièrement négatifs.

De l'étude critique des faits positifs que renferme la science dont ils ont démontré le peu de valeur, des résultats négatifs déjà obtenus par différents auteurs, enfin de leurs propres expériences, MM. Horand et Peuch croient pouvoir conclure que la syphilis n'est pas inoculable aux animaux qui ont été l'objet des recherches consignées dans leur mémoire.

D^r COURTAUX.

REVUE DES LIVRES ET DES JOURNAUX.

DE L'ÉRYSIPELE SCROFULEUX; PAR J. COURBON.

(Thèse de Paris, 1873.)

C'est dans le service de M. Horand à l'hospice de l'Antiquaille (enfants dartreux et scrofuleux) que M. Courbon a puisé les matériaux de sa monographie. Dans des salles où les affections scrofuleuses sont soignées côte à côte avec des dermatoses de différents genres, il a pu se convaincre

que la scrofule prédispose réellement à l'érysipèle et lui imprime certains caractères qui permettent d'en faire un genre particulier.

L'érysipèle scrofuleux, en effet, diffère de l'érysipèle chirurgical ordinaire par sa non-contagion, son peu de gravité, et son absence de localisation sur les bords des plaies même récentes, si fréquentes chez les scrofuleux. De plus, en dehors de la forme *envahissante* qui ne présente rien de particulier à noter, de la forme *fixe* très-bénigne, M. Courbon décrit un érysipèle à *répétition* consistant en une série d'érysipèles soit fixes, soit envahissants se succédant à des époques très-rapprochées (de un à cinq jours) qui ne se rencontre guères que chez les scrofuleux. Dix-neuf observations très-complètes donnent une bonne idée de ces différentes variétés. Le siège en est la face et le pharynx, une seule fois le conduit auditif. Le gonflement des ganglions est toujours consécutif. Le pronostic, ainsi que nous l'avons dit, est bénin, même dans les cas où le début aurait été marqué par un violent délire (obs. III) et dans ceux où la coïncidence d'une albuminurie passagère a été notée (Obs. III, XVI, XVII). Enfin l'érysipèle scrofuleux est sans influence sur la marche ultérieure de la scrofule et ne paraît pas sensiblement modifier les lésions cutanées autour desquelles il siège (lupus).

D^r H. C.

MOYEN CLINIQUE DE RECONNAITRE LE MERCURE DANS LES EXCRÉ-
TIONS ET SPÉCIALEMENT DANS L'URINE ; DE L'ÉLIMINATION ET
DE L'ACTION PHYSIOLOGIQUE DU MERCURE ; PAR MM. MAYENÇON
ET BERGERET.

Voici les conclusions générales que MM. Mayençon et Bergeret croient pouvoir déduire de l'ensemble de leurs recherches, qui sont très-intéressantes à tous égards :

1° Le mercure et ses sels sont absorbés par la peau aussi bien que par l'estomac ;

2° Du mercure absorbé, une partie — la plus considérable — est immédiatement éliminée, tandis que l'autre — la moins considérable — imprègne d'abord les tissus pour n'être éliminée qu'insensiblement, mais néanmoins assez rapidement, à moins que l'imprégnation n'ait été profonde par un usage longtemps continué du mercure ;

3° L'élimination semble se faire par toutes les humeurs excrémentitielles, mais principalement par l'urine et par les sucs intestinaux ;

4° L'iodure de potassium a une action marquée pour débarrasser l'organisme du mercure qu'il a fixé ;

5° Le mercure rendu par les humeurs excrémentitielles et le lait, et spécialement par l'urine, se *décèle facilement* par le fonctionnement d'un élément voltaïque, fer et platine, qui fixe le mercure à l'état métallique sur le platine, ce mercure métallique étant d'abord converti en bi-chlorure par le chlore, puis en biodure par le chlore, et ensuite en biodure rouge par l'action d'une solution d'iodure de potassium. (*Lyon médical*, janvier et février 1873.)

TROIS OBSERVATIONS DE PARALYSIE SYPHILITIQUE,
PAR M. GUITARD.

Chez le premier malade affecté d'hémiplégie, on constata la présence coïncidente d'accidents syphilitiques tertiaires. La paralysie ayant été dès lors considérée comme déterminée par la syphilis, le malade fut soumis à un traitement spécifique énergique malgré lequel la mort termina la maladie.

Chez le second, atteint de paraplégie survenue après une infection syphilitique dont les manifestations eurent une

longue durée, le traitement spécifique secondé par la balnéation thermale sulfureuse a déterminé une amélioration telle, que l'on peut assurer une guérison complète prochaine.

Chez le troisième, présentant aussi des phénomènes paraplégiques, consécutifs à des accidents diathésiques parfaitement établis, l'iodure de potassium à haute dose, administré concurremment avec les eaux sulfureuses *intus et extrà* et la faradisation, a amené des résultats tout aussi favorables. (*Revue médicale de Toulouse*, octobre 1872, et *Lyon médical*, janvier 1873.)

DU SULFO-CARBOLATE DE ZINC DANS LE PRURIT DE LA VULVE.

M. J. Brown préconise, dans le *Med. Examiner* du 15 août 1872, contre le prurit invétéré de la vulve, une solution de 2 grammes de sulfo-carbolate de zinc dans 30 grammes d'eau distillée. La vulve doit être soumise d'abord à un bain d'eau tiède, puis deux fois par jour elle est lotionnée avec le mélange précédent ; chaque fois on doit le laisser sécher sans l'essuyer.

Une dame, souffrant depuis longtemps d'un prurit vulvaire, fut soumise à cette médication ; la guérison eut lieu au bout de trois semaines. (*Medical Record*.)

INJECTION IODO-PHÉNIQUE CONTRE LES ÉCOULEMENTS CHRONIQUES DE L'URÈTHRE ET DU VAGIN.

L'association de l'iode et de l'acide phénique paraît avoir été employée avec beaucoup de succès, par M. Bays, dans

les cas de blennorrhée et de leucorrhée. Ce praticien formule ainsi le liquide de son injection :

Teinture alcoolique d'iode.....	3 grammes.
Acide phénique.....	6 gouttes.
Glycérine.....	30 grammes.
Eau distillée.....	150 grammes.

Il est à remarquer que l'addition de l'acide phénique empêche l'iode de faire des taches ; mais ce qui est surtout capital selon l'auteur, c'est que ce remède est bien supérieur à tout autre dans la leucorrhée. (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, novembre 1872.)

ÉRYSIPELE, EFFICACITÉ ET MODE D'EMPLOI DU COLLODION.

M. Broca recommande, pour le traitement de l'érysipèle, l'application sur la peau d'une couche de collodion au-dessus de la partie malade. Le collodion doit être étendu sur les limites de l'érysipèle, mais sur la peau saine ; la bande doit avoir 6 à 8 centimètres de largeur, elle doit former une espèce de cravate qui sépare la partie atteinte du reste de la surface cutanée. (*Tribune médicale*.)

VARIOLE ; ABORTIFS DES PUSTULES DE LA FACE, PAR M. REVILLOD.

Selon l'auteur, le collodion simple et le collodion au sublimé doit être proscrit. Il constitue un vernis fort peu élastique, s'oppose au gonflement de la face, provoque de très-vives douleurs, des hernies ou des étranglements de la peau dans les points où il s'écaille, et n'empêche pas la suppuration, qui forme une collection en nappe sous-épidermique, etc. La teinture d'iode n'empêche pas la pustule

lation. La glycérine pure et le glycérolé d'amidon ont une action exosmotique très-précieuse et diminuent certainement l'intensité de l'éruption, tandis que, au contraire, tout lavage avec un liquide aqueux ne fait que l'augmenter. Le mélange auquel M. Revillod donne la préférence est composé de 10 parties de savon, 4 de glycérine triturer ensemble, puis additionnées de 20 parties d'onguent napolitain. Ce mélange ne coule pas, n'empêche pas le gonflement et produit le résultat désiré, à la condition d'être appliqué soit dès le début, soit avant la transformation des papules en vésicules. (*Gazette médicale de Paris*, mars 1873.)

ANCIENNE SYPHILIS; HÉMIPLÉGIE GAUCHE; MOUVEMENTS CHORÉIFORMES DES DOIGTS DE LA MAIN ET DU PIED DU MÊME CÔTÉ, PAR M. MORAT.

A. B..., 26 ans, modelleur, eut, il a six ans, un chancre situé dans la rainure balano-préputiale. Trois mois après le début du chancre, éruption papuleuse, d'aspect cuivré, très-peu confluent. A cette éruption, qui persista pendant fort longtemps, succédèrent, notamment aux jambes, des ulcérations qui ne guérissent qu'après un an et demi. On voit, en effet, de nombreuses cicatrices sur le tronc et les membres, la plupart groupées en forme de fer à cheval.

Peu de temps après, nouvelle éruption avec des caractères un peu différents.

Quoi qu'il en soit de ces deux éruptions, ce qu'il en reste actuellement est, selon M. Morat, assez caractéristique pour lever tous les doutes au sujet d'une syphilis antérieure.

Il y a un an (cinq ans après le chancre), le malade commença à éprouver de la céphalalgie, limitée au côté gauche, devenant tous les jours et progressivement plus dou-

loureuse. L'ouïe et la vue du côté gauche en étaient troublées. Il y a six mois, sans autres prodromes, le malade fut frappé dans la nuit d'une paralysie de tout le côté gauche; la sensibilité était intacte, l'intelligence conservée, la bouche était déviée. La céphalée et les troubles de la vue et de l'ouïe disparurent trois jours après cette attaque. La paralysie seule persistait.

Deux mois plus tard il se trouvait en état de recommencer son métier de modelleur.

Toutefois, au bout d'une quinzaine de jours pendant lesquels il avait pu travailler sans grande difficulté, les doigts furent pris de mouvements involontaires, comparables à ceux des choréiques. A dater de ce jour, la paralysie ne s'améliora plus. D'autre part les mouvements ont toujours persisté, ils existent aussi aux doigts du pied gauche et s'y montrent davantage quand il fait un effort.

Jamais de rhumatisme ni aucune affection générale avant l'apparition de la syphilis. Malgré un traitement anti-syphilitique mixte, régulièrement suivi depuis quatre mois, aucune amélioration ne s'est produite.

En présence de ce fait, on doit se demander avec l'auteur quelle relation peut exister ici entre la syphilis d'une part, et, d'autre part, l'hémiplégie et les mouvements choréiques de la main et du pied. Si l'on tient compte de l'inefficacité absolue de la médication spécifique, le doute est tout au moins permis, quoique l'âge du sujet (26 ans) et ce fait qu'il n'est pas alcoolique et ne présente aucune lésion appréciable du système artériel plaident en faveur d'une lésion osseuse ou cérébrale d'origine syphilitique comme cause de la paralysie; toutefois, il n'est pas sans exemple d'observer l'hémorrhagie cérébrale à un âge aussi peu avancé. (*Lyon médical*, novembre 1872.)

TRAITEMENT DES CHANCRES PHAGÉDÉNIQUES PAR L'IRRIGATION
CONTINUE.

Depuis quelque temps le docteur Hutchinson, chirurgien de London-Hospital, a obtenu de très-bons résultats dans le traitement des chancres phagédéniques, par l'usage des bains continus. On met le malade dans un bain de siège tiède; il y reste une grande partie du temps; sur vingt-quatre heures, quelques-unes sont accordées au sommeil. L'eau est changée aussi souvent que l'exige son refroidissement. Ce traitement est continué jusqu'à la cessation de toute action phagédénique, et jusqu'à ce que la surface de l'ulcère soit parfaitement saine. Il peut être ou non nécessaire d'ajouter de l'acide nitrique fumant à l'eau du bain, mais dans quelques cas l'eau simple suffit. M. Hutchinson attache une grande importance à changer fréquemment l'eau en contact avec l'ulcère, et dernièrement, il a conseillé à un malade d'entretenir un courant continu d'eau sur la surface ulcérée, à l'aide d'un irrigateur, pendant son bain. Par ce moyen, la moindre partie du virus phagédénique est enlevée aussitôt que sécrétée, et la formation d'une surface saine beaucoup accélérée.

Il y a peu de temps, un homme de quarante ans fut admis pour un chancre existant depuis un mois environ, et qui était phagédénique depuis environ dix jours. C'était un vaste ulcère (de 2 pouces et demi sur 1 pouce et demi), situé sur la face supérieure du prépuce, à base pâle, à bords renversés; une large eschare occupait une partie de sa surface. Sa marche était évidemment rapide. Le malade fut mis dans un bain continu, et on lui ordonna de lancer un jet d'eau continu sur la plaie, à l'aide d'un irrigateur. Après un peu plus de trois jours (quatre-vingts heures) de ce traitement, sans aucune autre application locale, toute trace de suppuration gangréneuse avait dis-

paru ; la surface de l'ulcère était saine et commençait à se cicatriser sur les bords. La suite fut aussi satisfaisante, et le malade quitta l'hôpital, douze jours après son entrée, tout à fait guéri quant au chancre. (*British Med. Journal et Bulletin général de thérapeutique*, 15 février 1873.)

SYPHILIS SECONDAIRE ; HÉMIPLÉGIE GAUCHE ; TRAITEMENT
HYDRARGYRIQUE ; GUÉRISON.

Le nommé B..., 47 ans, entre dans le service du professeur Schutzenberger le 21 mai 1871. C'est un homme robuste, d'un tempérament sanguin, toujours bien portant jusqu'alors. La veille il fut frappé subitement, sans contractures, sans convulsions, sans perte de connaissance, d'une paralysie du côté gauche. Intelligence intacte ; aucun trouble visuel ; parole libre. L'attaque avait été précédée de douleurs de tête, vives mais passagères, et, quelques jours avant, de vertige et d'un peu de somnolence. La motilité est abolie dans les membres inférieur et supérieur du côté gauche, avec persistance de la sensibilité tactile et exagération de la sensibilité réflexe. Légère paralysie faciale à droite. Douleurs ostéocopes dans les jambes. Roséole sur tout le corps. Aucun accident du côté de la gorge. Traces de l'accident primitif, remontant à quatre mois environ, à la base du gland. Apyrexie complète. Aucune altération du cœur et des artères. Eu égard aux accidents spécifiques, cette hémiplegie subite est attribuée à la présence d'une tumeur gommeuse cérébrale, et l'on prescrit 1 centigramme de sublimé en deux injections tous les deux jours. Régime ordinaire. Au vingt-cinquième jour, le malade se promène dans la salle à l'aide de béquilles ; l'hémiplegie a disparu, ainsi que l'éruption maculeuse. Après cinq nouvelles injections, on

cesse le traitement. Le malade circule dans les salles. Aucune irritation locale ; un peu de salivation vers le vingtième jour ; gargarisme chloraté. État général excellent. *Résumé* : nombre d'injections, 30 ; quantité de sublimé injectée, 15 centigrammes ; durée du traitement, 30 jours. (*Thèse de Paris*, 1872 ; *Tribune médicale*, 12 janv. 1873.)

TRAITEMENT ABORTIF DES FURONCLES PAR L'APPLICATION
MÉTHODIQUE DE L'ALCOOL.

Dès que l'on aperçoit, sur une partie quelconque du corps, cette rougeur caractéristique de forme ronde et de dimensions variables, avec ce point culminant au milieu, qui, rouge d'abord, ne tarde pas à passer au blanc grisâtre, on verse, dans une petite soucoupe, plein un dé d'alcool camphré, on y trempe la face interne des trois doigts du milieu de la main droite, puis on en caresse la place suspecte en y exerçant une douce friction et en appuyant principalement sur le milieu ; on recommence à mouiller ses doigts et à frictionner de la même manière huit ou dix fois d'une demi-minute chaque ; après la dernière, on laisse bien sécher la place, puis on la recouvre avec un doigt d'une légère couche d'huile d'olive camphrée afin de s'opposer à l'évaporation du remède.

Il est rare qu'un clou ou qu'un furoncle, qui n'est pas encore au moment de percer, résiste à quatre applications de ce genre ; souvent M. Simon les a vu se désenflammer, se dessécher et disparaître au moyen d'une seule application.

Lorsque plusieurs sont nécessaires, il est bon de mettre entre elles un certain intervalle et de les faire, par exemple le matin, à midi et le soir. Jamais on ne les a vus manquer leur effet. (*France médicale*, 19 octobre 1872.)

LÉSIONS SYPHILITIKES DE LA RATE CHEZ LES NOUVEAUX-NÉS.

D'après M. Parrot, les altérations de la rate sont de deux ordres ; elles consistent en une spléno-mégalie, qui porte le poids de l'organe de 10 grammes, 7 gr. 25, chiffre de l'état normal, à 30, 35, 40 grammes. L'auteur ne peut donner aucun renseignement sur les altérations microscopiques qui accompagnent cet état. Il cherche à expliquer l'augmentation de volume par la subordination du système vasculaire de la rate à celui du foie ; or, ce dernier organe étant constamment atteint d'une cirrhose spéciale chez le nouveau-né syphilitique, il en résulte que la rate doit servir de réservoir au sang, qui ne trouve plus son cours dans le foie.

Le second ordre de lésions de la rate est une inflammation qui donne lieu à de fausses membranes autour de la capsule d'enveloppe.

Quel est l'avenir de ces lésions ? M. Parrot ne saurait être affirmatif, faute d'observations suffisantes ; mais il leur rapporte certaines altérations lardacées que l'on a rencontrées à un âge plus avancé chez des nouveaux-nés atteints de syphilis à la naissance. Il n'hésitait pas non plus à mettre sur leur compte un cas de rupture de la rate observé par M. Charcot, en 1865, chez un nouveau-né syphilitique. (*Mouvement médical*, 23 novembre 1872, et *Lyon médical*.)

LA SYPHILIS : SA NATURE ET SON TRAITEMENT, AVEC UN CHAPITRE SUR LA GONORRHÉE, PAR LE D^r C. ROBERT DRYSDALE. (London, 1873.)

Le chapitre le plus important est consacré au traitement anti-mercuriel. L'auteur est l'un des plus zélés champions

de la lutte que quelques-uns de nos confrères d'outre-Manche ont engagée contre le mercure, qu'ils voudraient voir bannir à tout jamais de la thérapeutique. Une large place est aussi consacrée aux questions théoriques et aux travaux du D^r Fournier, dont M. Drysdale est un des plus ardents admirateurs.

SUR LA NATURE DU RHINOSCLÉROME, ÉTUDE CLINIQUE ET HISTOLOGIQUE, PAR E. GEBER.

L'auteur rapporte trois nouvelles observations de cette affection, sur la nature de laquelle les opinions varient beaucoup. Hebra l'a décrite comme une affection néoplasique du nez avec dureté considérable des parties envahies. D'autres la rapprochent du glio-sarcome; d'autres enfin la considèrent comme de nature syphilitique. Geber pense qu'au point de vue de sa nature, cette affection se distingue du carcinome par sa marche clinique et par l'examen histologique, qui lui font admettre que le rhinosclérome consiste en une infiltration et une prolifération diffuse des tissus, ayant son point de départ dans les tissus muqueux et sous-muqueux. Cette affection ne dépend pas de la diathèse syphilitique; dans les trois cas rapportés, il n'y avait pas d'antécédents syphilitiques et le traitement spécifique n'amena aucun résultat.

(*Archiv f. Dermat. und Syphilis*, n° 4, 1872.)

CONTRIBUTION A L'ANATOMIE DU XANTHOMA DES PAUPIÈRES,
PAR E. GEBER ET O. SIMON.

Dans deux observations avec examen histologique, ces auteurs ont constaté que cette affection, si différemment décrite par les auteurs, est due au développement hyper-

plastique des cellules des glandes sébacées. Dans une des observations, ils constatèrent la présence de comédons.

(*Achiv f. Dermat. und Syphilis*, n° 3, 1872.)

SUR LE MOLLUSCUM CONTAGIOSUM, PAR LE D^r E. FERRIER.

L'auteur rapporte deux cas de cette affection. Il nie la présence d'un parasite. D'après lui, les spores et mycelium découverts dans cette affection seraient créés par les réactions chimiques. Il a pu les produire à volonté en augmentant la quantité du réactif employé (potasse caustique). En traitant les sécrétions par l'éther, on ne produit pas ces fausses spores. La véritable cause du molluscum contagiosum serait encore à découvrir.

(*British med. Journal*, décembre 1872.)

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

Archiv fur Dermatologie und Syphilis, par les D^{rs} H. Aupitz et J. Pick.

1873. N° 1. — Contribution à l'anatomie et à la physiologie de la peau humaine, par W. Tomsa.

— Expériences de J.-P. Frank sur le pouvoir protecteur de la vaccine.

— De la scarlatine et des éruptions scarlatineuses dans le cours de la variole, par Th. Simon.

— De la gale chez le gépard, par Th. Simon.

— Cas de peliosis circumscripta des paupières, par A. Schenkl.

Le gérant : G. MASSON.

Clichy. — Imp. Paul Dupont, rue du Bac-d'Annières, 42.

ANNALES
DE
DERMATOLOGIE
ET DE
SYPHILIGRAPHIE

I.

NOTE POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU PEMPHIGUS
AIGU FÉBRILE, par M. HORAND, chirurgien en chef désigné de l'Antiquaille:

Le pemphigus aigu fébrile est une maladie sinon très-rare, comme le prétendent certains auteurs, du moins peu fréquente, et dont la place dans le cadre nosologique est encore mal déterminée.

Généralement mieux décrite dans les traités de pathologie interne que dans les ouvrages de dermatologie, cette maladie a reçu des noms divers, tels que : pemphigus febrilis (Plenck), febris bullosa (Vogel), febris vesicatoria (Macbridge), fièvre pemphigoïde, fièvre synoque avec vésicules, dénominations en rapport avec les idées que s'en sont faites les auteurs.

Pour Plenck, Biett, Cazenave et Schedel, Rayer, Devergie et Hardy, le pemphigus aigu fébrile ne constitue pas une

maladie distincte et à part ; c'est une simple variété du pemphigus, dont la différence consiste dans la marche de la maladie. Telle est aussi l'opinion de Gilibert, l'auteur de la meilleure monographie que nous possédions sur le pemphigus. Pour d'autres auteurs, le pemphigus aigu et le pemphigus chronique n'ont véritablement de commun que la forme et le nom. Ainsi, Frank range le premier au nombre des fièvres éruptives, Gintrac en fait un exanthème aigu, Bazin le considère comme un pseudo-exanthème. Bien différente encore est l'opinion d'Hebra, car ce dermatologiste va jusqu'à mettre en doute l'existence du pemphigus aigu. « Dans une période de plus de vingt ans, ce qui représente un chiffre énorme de malades que l'on peut évaluer environ à un million, dit-il, je n'ai pas observé un seul cas de pemphigus typique aigu ayant une marche semblable à celle des exanthèmes. »

Plus heureux que cet éminent dermatologiste, j'ai eu l'occasion d'observer dans mon service deux cas de pemphigus aigu fébrile, ce qui m'a permis non-seulement de constater l'existence réelle de cette maladie, mais encore d'en étudier les caractères. Ce sont ces deux faits que je livre aujourd'hui à la publicité, en les faisant suivre des réflexions qu'ils m'ont suggérées, avec l'espoir de contribuer à éclairer ce point de pathologie cutanée.

OBSERVATION I. — François B..., âgé de 17 ans, garçon tripier, entre dans mon service le 22 août 1872.

Ce jeune homme, d'un tempérament lymphatico-sanguin, d'une bonne constitution, n'accuse dans ses antécédents aucune lésion scrofuleuse, ni aucune maladie vénérienne. Au point de vue du rhumatisme, il a eu, il y a plusieurs années, des douleurs ayant pour siège les jambes et les bras, mais sans gonflement des jointures. Il s'abstient complètement de boissons alcooliques. Enfin du côté de l'hé-

réité, on ne trouve rien qui puisse se rapporter à la maladie dont il est atteint.

L'éruption qui l'amène à l'Antiquaille s'est développée sans cause appréciable, car le malade dit seulement avoir accompli, ces jours derniers, un travail un peu plus pénible qu'à l'ordinaire et avoir eu un peu de diarrhée.

Sans avoir éprouvé la veille aucun malaise, ce jeune homme constate le 21 août, à son réveil, l'existence de petites bulles sur le bord des doigts et des orteils. Il se lave avec de l'eau tiède, et, quelques-unes des bulles se déchirant sous l'influence du frottement, il se produit des ulcérations superficielles qui, toutefois, n'empêchent point le malade de continuer son travail. Dans la journée, des bulles apparaissent sur le front, et pendant la nuit l'éruption se développe sur les avant-bras.

A son entrée à l'Antiquaille, le 22 août, l'éruption est encore discrète : elle a pour siège le front, les lèvres, les avant-bras, les doigts et les orteils. Elle est caractérisée par des bulles dont le volume ne dépasse pas celui d'un petit pois. De plus, le malade a un peu de fièvre et du larmoiement. La première impression que l'on éprouve en le voyant, c'est qu'il pourrait bien avoir une varicelle, ou ce que l'on a décrit sous le nom, soit de fièvre herpétique, soit d'herpès généralisé fébrile. Aussi réserve-t-on le diagnostic jusqu'au lendemain.

Pendant la nuit l'éruption se généralise, et le 23 août on trouve à la visite du matin des bulles disséminées sur toute la surface du corps. Leur volume varie entre celui d'une tête d'épingle et celui d'une amande. Elles renferment une sérosité citrine ; quelques-unes sont ombiliquées, d'autres présentent une aréole périphérique. Entre les doigts et les orteils elles ont été déchirées et sont remplacées par des ulcérations superficielles, grisâtres, qui secrètent une sanie fétide et ressemblent, à s'y méprendre, à des plaques mu-

queuses. Dans certaines régions, telles qu'au dos et sur l'abdomen, il n'existe encore que de petites plaques érythémateuses qui constituent le premier degré de l'éruption. Les conjonctives sont légèrement injectées; le bord ciliaire est tuméfié et garni de croûtes jaunâtres.

P. 64. — T.A. (matin) 38°. (soir) 37°,8.

Le 24 août, les bulles depuis la veille ont considérablement augmenté de volume, surtout sur les avant-bras, où quelques-unes atteignent le volume d'un petit œuf. En examinant la cavité buccale, on constate l'existence de vésicules sur la pointe de la langue, le pilier droit du voile du palais et la muqueuse labiale. La déglutition est un peu douloureuse. Le malade a eu plusieurs selles diarrhéiques. La fièvre est peu marquée.

P. 70. — T.A. (matin) 38°. (soir) 38°,2.

Le 25, de nouvelles bulles se sont développées soit sur les membres, soit sur l'abdomen et le dos. La langue est recouverte d'un enduit blanchâtre, épais; la déglutition devient de plus en plus douloureuse. L'état général, cependant, ne s'est pas sensiblement aggravé.

T.A. (matin) 38°. (soir) 39°,2.

Le 26, le malade est affaibli. La respiration est gênée sans qu'il existe aucune lésion des poumons appréciable à l'auscultation. Cette gêne de la respiration semble devoir se rattacher au gonflement de l'isthme du gosier. Sur l'abdomen les bulles ont pris un développement tel qu'elles ressemblent à de véritables ampoules de vésicatoire. A la partie antérieure de la cuisse gauche, on remarque plusieurs petites bulles violacées, tandis qu'à la partie externe le contenu de deux bulles, du volume d'une noisette, est divisé en deux couches distinctes: une séreuse, limpide, superposée à une couche trouble et jaunâtre accumulée dans le point le plus déclive de la bulle. Partout ailleurs le liquide des bulles est constitué par de la sérosité citrine.

P. 88. — T.A. (matin) 38°, 2. (soir) 39°, 2.

Le 27, le nombre des bulles hémorrhagiques a augmenté. Il n'en existe toutefois que sur les cuisses, et leur volume ne dépasse pas celui d'un gros pois. Les bulles les plus anciennes et les plus volumineuses se déchirent chaque jour sous l'influence du moindre frottement, et fournissent une sécrétion d'une odeur fétide. Le dos et les fesses présentent des excoriations étendues qui rendent les mouvements très-douloureux. Les urines sont rouges, troubles et peu abondantes.

Matin P. 88 — T.A. 39°.

Soir » 112 — » 39°.

Le 28, les bulles hémorrhagiques se flétrissent. On n'observe pas de nouvelle poussée. La déglutition est très-douloureuse. Le malade a une fièvre continue et s'affaiblit de plus en plus.

P. 120. — T.A. (matin) 39°, 4. (soir) 39°, 8.

Le 29, l'abattement est considérable. La souffrance occasionnée par les excoriations est vive. Le malade peut à peine se faire comprendre. La cavité buccale est remplie de mucosités épaisses. La suppuration est abondante et fétide. On ne saurait mieux comparer l'aspect du corps de ce malade qu'à celui d'un brûlé.

P. 120. — T.A. (matin) 39°, 2. (soir) 40°, 2.

Le 30, à la visite du matin, le malade est dans une prostration complète. La respiration est anxieuse. La face est couverte d'une sueur froide et abondante. Le pouls est petit, faible et fréquent. Dans la journée d'hier, il a pris une syncope de quelques secondes à la suite d'un léger effort pour se changer de position, et la nuit a été très-agitée.

P. 130. — T.A. 40°, 4,

Le malade succombe à midi.

Le traitement a consisté dans le début en l'usage de l'aconit ; puis lorsque la fièvre s'est déclarée on a eu recours

au quinquina et au sulfate de quinine. Les excoriations ont été pansées avec du cérat de Goulard laudanisé.

Autopsie. — *Cavité thoracique.* — Pas d'épanchement ni dans les plèvres ni dans le péricarde. Quelques adhérences pleurales anciennes. Cœur normal. Congestion légère de la base des poumons.

Cavité abdominale. — Le péritoine ne présente rien de particulier. L'intestin est distendu par des gaz. Sa coloration est naturelle. La muqueuse intestinale, examinée dans toute sa longueur, ne présente rien d'anormal, rien qui ressemble à une bulle : nulle part il n'existe d'ulcération, ni de saillie de la muqueuse. Le foie est très-volumineux, rouge, friable et gras. Le lobe droit surtout paraît congestionné. Cette congestion s'observe également un peu pour les reins. La rate paraît saine.

Quant aux centres nerveux, ils n'ont pu être examinés que le lendemain, et, comme ils présentaient déjà un commencement d'altération putride, il a été impossible de pouvoir se rendre compte de leur état pathologique.

OBSERVATION II. — Madeleine G....., âgée de 14 ans, entre dans mon service, le 12 juin 1872, pour une ostéite suppurée du premier métacarpien gauche, et une légère adénite sous-maxillaire du même côté. Elle tousse, dit-elle, depuis plusieurs années ; mais toutefois il n'existe dans les poumons que des râles muqueux et sibilants, rien en un mot qui puisse faire soupçonner une lésion profonde de ces organes. Ce sont du reste les seules manifestations de la scrofule que présente cette jeune fille, dont la santé paraît bonne, mais qui n'est point encore réglée. Dans ses antécédents, on ne trouve comme accident qui puisse se rattacher de près ou de loin à la scrofule qu'un abcès du cou-de-pied. Du côté de l'hérédité, les renseignements sont négatifs.

Cette jeune fille était donc dans mon service depuis plu-

sieurs mois, pour les accidents scrofuleux que je viens d'indiquer, lorsqu'elle fut atteinte de la maladie sur laquelle je vais insister.

Depuis une quinzaine de jours, elle ressentait, dit-elle, des malaises du côté de l'estomac qui se traduisaient par de l'inappétence et des douleurs sourdes. Elle était abattue, courbaturée et éprouvait un sentiment de défaillance. Elle avait peu de sommeil, était agitée et ressentait un prurit continu. Toutefois, jusqu'au 2 mars 1873, ces symptômes sont peu accusés. Mais, à partir de ce jour, ils deviennent plus intenses et se compliquent de céphalalgie, de gonflement des paupières avec injection des conjonctives, de tuméfaction des lèvres, de toux fréquente et sèche, de douleur dans la déglutition, enfin de plusieurs épistaxis. Pas de nausées ni de vomissements. Pas de rachialgie.

Le 3 mars, frisson léger, de courte durée, dans la soirée.

Le 4 mars, la malade me montre une éruption qu'elle a constatée le matin, à son réveil. Cette éruption siège dans le sens de l'extension sur les bras, le tronc, les genoux, où elle est discrète; mais au voisinage de la rainure fessière, elle est confluyente. Elle est caractérisée, soit par des plaques érythémateuses, soit par de grosses vésicules. Les vésicules se rencontrent sur les bras, le tronc et les fesses; il en existe aussi quelques-unes sur la face dorsale des mains et entre les doigts. Elles sont rares sur la face antérieure du tronc. Les plaques érythémateuses se voient sur les cuisses, les genoux et la face. Au niveau de l'adénite et du pourtour de la fistule osseuse de la main, l'éruption se montre avec une certaine confluence et sous la forme de plaques érythémateuses. Ces plaques sont, en général, légèrement saillantes. Leurs dimensions varient entre celles d'une pièce de 1 franc et celles d'une pièce de 5 francs. A leur surface il existe tantôt des vésicules, tantôt des bulles. Les paupières sont tuméfiées, surtout le bord libre de

la paupière supérieure. Les cils sont agglutinés. Les conjonctives, légèrement injectées, ne présentent pas de vésicules à leur surface. L'isthme du gosier est rouge. L'auscultation ne révèle aucune lésion des poumons ni du cœur. A la palpation, les organes abdominaux ne présentent rien de particulier. Les urines ne contiennent ni albumine ni sucre. Enfin, bien que la céphalalgie soit moins intense que les jours précédents, la malade a perdu l'appétit et depuis trois jours n'a pas eu de selles.

Matin. P. 130 — T. A. 38°, 6.

Soir. 100 — 38°, 6.

Le 5 mars, petites vésicules sur le frein, la pointe et les bords de la langue, la luette, les piliers du voile du palais, les amygdales, ainsi que sur les muqueuses buccale et labiale. Sécrétion catarrhale de la conjonctive, et développement de vésicules sur le bord ciliaire. Sur la poitrine et les membres l'éruption bulleuse s'est généralisée. Quant aux bulles, elles présentent des dimensions variables. Sur les orteils et dans le voisinage de la rainure fessière, elles ont le volume d'une petite noisette. Sur les genoux, elles ne dépassent pas la grosseur d'un pois. Quelques-unes sont ombiliquées, sur l'abdomen elles sont groupées et les plus petites sont entourées d'une aréole hypérémique. Epistaxis ce matin.

Matin. P. 120 — T. A. 38°, 6.

Soir. 120 — 38°, 6.

Le 6 mars, la nuit a été calme, mais pas de sommeil. La céphalée a disparu. Langue couverte d'un enduit jaunâtre. Pas d'appétit. Intelligence un peu obtuse. L'éruption s'est généralisée depuis hier. On trouve aujourd'hui des bulles autour de l'ombilic, sur le bord des grandes lèvres; sur les doigts elles sont plus nombreuses que la veille. La plante des pieds est rouge et hypéresthésiée. La face palmaire est également hypérémique, et l'on voit, çà et là, la

couche cornée qui commence à se soulever. Sur la muqueuse labiale, les vésicules sont petites; toutefois leur nombre a augmenté, ainsi que sur le frein de la langue. Le cuir chevelu est douloureux, mais ne présente pas d'éruption. La malade a eu deux épistaxis légères et trois selles diarrhéiques dans le courant de la journée d'hier.

Matin. P. 108 — T. A. 38°, 2.

Soir. 140 — 39°.

Le 7 mars, nuit agitée, pas de sommeil, pas de délire. Deux épistaxis légères pendant la nuit. Le cuir chevelu, toujours douloureux, ne présente pas d'éruption. Le nombre des bulles a augmenté sur la muqueuse labiale, dans la région cervicale et sur les bras. Leur volume a aussi augmenté, soit autour de l'ombilic, soit sur les genoux et le dos des pieds où elles ont acquis les dimensions d'une noix. À la paume de la main droite on remarque également de grosses bulles, tandis qu'à la plante des pieds il n'existe toujours que de l'hypérémie. Sur tout le tronc, on observe des plaques érythémateuses de dimensions variables et présentant à leur surface de petites vésicules. Ces vésicules, d'abord distinctes, se réunissent ensuite et forment une, deux ou trois bulles, comme cela se voit manifestement en certains points. Sur le moignon de l'épaule gauche et sur les deux pieds il existe des bulles violacées. La malade semble moins affaissée. Il n'existe aucune complication du côté du cœur ni des poumons.

Matin. P. 128 — T. A. 38°, 2.

Soir. 160 — 40°, 6.

Le 8 mars, la nuit a été calme; la malade a un peu dormi. Pas de changement appréciable dans l'état général. Épistaxis légères, mais répétées. Le contenu des bulles est devenu trouble et verdâtre au niveau de l'ombilic. La teinte violacée se remarque surtout dans les points exposés à des frottements. L'éruption semble diminuer d'intensité. Les

cuisses sont moins rouges. L'hypéresthésie de la plante des pieds persiste; mais du côté gauche, il existe déjà plusieurs bulles, non transparentes et étendues en surface, par suite de l'épaisseur de la couche cornée dans cette région. La déglutition est douloureuse. Toutefois, l'isthme du gosier, encore rouge, ne présente pas de nouvelles vésicules. La malade est un peu enrôlée.

Matin. P. 144 — T. A. 39°, 2.

Soir. 152 — 39°, 8.

Le 9 mars, la céphalée a reparu cette nuit, accompagnée d'un peu de subdelirium. Néanmoins la malade a dormi. Epistaxis répétées, presque continues. Perte complète de l'appétit. Nausées et vomissements des liquides. Pas de nouvelle poussée. Un certain nombre de bulles ont augmenté de volume. D'autres se sont déchirées et affaissées. Au niveau de l'ombilic, du dos et des fesses, les bulles se sont ulcérées et suppurent. Ailleurs elles se cicatrisent sans ulcérations et sans croûtes, l'épiderme soulevé se détachant peu à peu. Dans l'après-midi la malade présente une rougeur vive de la face et une sueur générale abondante.

Matin. P. 120 — T. A. 38°, 6.

Soir. 152 — 40°, 6.

Le 10 mars, faiblesse générale considérable. Ventre ballonné. Pas de selles depuis deux jours. Miction rare. Apparition d'un groupe de vésicules à la commissure labiale droite. Persistance des vésicules sur la muqueuse de la lèvre inférieure, sur la langue et le frein. Croûtes fuligineuses sur le bord libre des lèvres. Les bulles des pieds ont considérablement augmenté de volume.

Matin. P. 120 — T. A. 38°, 2.

Soir. 144 — 39°, 2.

Le 11 mars, la nuit a été bonne. L'état général paraît un peu meilleur. Dans un grand nombre de points, tels

qu'au poignet, autour du mamelon et sur les bras, les bulles sont violacées. Sur le bord des doigts elles ont le volume et la forme d'une grosse amande. Dans la région cervicale on trouve encore de petites vésicules. Un grand nombre de bulles sont cicatrisées et leur présence n'est plus indiquée que par une coloration brune de la peau. Les plaques érythémateuses ont complètement disparu.

Matin. P. 124 — T. A. 38°, 6.

Soir. 104 — 39°.

Le 12 mars, l'amélioration de l'état général semble s'accroître davantage. La déglutition est moins douloureuse. L'enrouement persiste. Le nombre des bulles diminue de plus en plus.

Matin. P. 112 — T. A. 38°.

Soir. 116 — 38°, 2.

Du 13 au 14 mars, le facies devient meilleur. L'appétit semble revenir. La langue se dépouille. La déglutition n'est plus douloureuse. Les vésicules de la commissure labiale seules persistent. Celles de l'isthme du gosier et de la langue ont disparu. Quelques nouvelles bulles, mais petites et moins transparentes, apparaissent au poignet, sur l'éminence thénar, sur les doigts et les avant-bras.

Du 14 au 18 mars, l'état général s'améliore de plus en plus. Mais la malade urine et va du ventre sans en avoir conscience. L'éruption bulleuse est localisée surtout à la paume des mains et à la plante des pieds. Dans cette dernière région l'épiderme est soulevé sous forme de larges plaques. Les ulcérations des fesses sont toujours douloureuses et se cicatrisent avec lenteur.

Pendant ces six derniers jours le pouls oscille entre 120 et 128. La température varie entre 38°, 2 et 38°, 6, en passant par des alternatives de hausse et de baisse qu'indique le tracé ci-joint.

Le 19 mars, la malade accuse une rachialgie très-pro-

noncée. Elle a plusieurs petits frissons dans la journée et quelques épistaxis. L'état général ne semble pas cependant s'être aggravé.

Matin P. 116 — T.A. 37°,4.

Soir 128 — 39°,4.

Du 20 au 23 mars, la malade a quelques épistaxis. Les douleurs rachialgiques cessent après une courte durée. L'état général se maintient assez bon, malgré une petite indigestion à laquelle pourrait peut-être se rattacher l'élévation de température constatée le 19, jour même de cette indisposition. La fistule osseuse de la main, qui avait cessé de suppurer depuis le commencement de l'éruption, recommence à fournir un peu de pus. On constate quelques nouvelles bulles sur le ganglion sous-maxillaire.

Pendant ces 4 jours, le pouls oscille entre 114 et 120 et la température varie entre 38°,2 et 39°,2, avec des alternatives de hausse et de baisse.

Du 24 au 30 mars, la convalescence s'établit d'une manière régulière. Les forces commencent à revenir. L'incontinence des urines et des matières fécales cesse. La malade mange avec appétit. Les digestions se font facilement. On ne trouve plus de traces de l'éruption qu'aux mains et aux pieds, où l'on voit encore adhérents des lambeaux d'épiderme.

Pendant ce laps de temps le pouls tombe à 90 et la température à 36°,8.

Le 5 avril, la convalescence suit sa marche régulière. On ne constate rien de particulier au point de vue du pemphigus. Mais la malade présente à la partie interne du genou droit une plaque de favus de la largeur d'une pièce de 1 franc. Cette plaque, caractérisée par plusieurs petits godets types, a pris naissance sur le point qu'occupait une bulle, et où la peau était encore hypérémisée et la couche cornée peu développée.

Le 22 avril, les godets de favus réapparaissent, et même en plus grand nombre, l'usage de la teinture d'iode ayant été suspendu depuis 8 jours.

Le 2 mai 1873, la malade quitte l'hospice de l'Antiquaille, jouissant d'une parfaite santé. Elle ne présente plus aucune trace de son pemphigus ni de son favus. Seules l'ostéite et l'adénite persistent.

Les principaux moyens mis en usage ont été à l'intérieur l'extrait de quina, d'abord seul, puis associé au sulfate de quinine, lorsque la fièvre est devenue intense. Aussitôt que la malade a pu être alimentée, on lui a fait prendre des potages, des toniques et en même temps du lait d'ânesse et de l'iodure de fer. A l'extérieur on a employé surtout la poudre d'amidon en grande quantité, cette poudre ayant l'avantage de calmer le prurit, la cuisson et d'absorber les liquides en formant une sorte de croûte au-dessous de laquelle l'épiderme se reproduit facilement. Les plaies ont été pansées avec du cérat de Goulard laudanisé.

Tels sont les deux faits qu'il m'a été donné d'observer et que je vais analyser avec soin, afin de pouvoir en tirer certaines conclusions.

Et d'abord à quelle affection ai-je eu affaire ?

Le caractère bulleux de l'exanthème, son développement par poussées successives, sa marche rapide et les symptômes fébriles qui l'ont accompagné permettent, ce me semble, d'affirmer qu'il s'agit dans ces deux cas d'un pemphigus aigu fébrile.

Chez l'un et chez l'autre malade l'éruption, discrète le premier jour, s'est généralisée rapidement les jours suivants, et dès le troisième jour elle occupait à peu près toutes les régions du corps. Le cuir chevelu seul n'a pas été envahi. Toutefois il est bon de dire que s'il n'a pas présenté de bulles à sa surface, il a été, à un moment donné, douloureux à la pression, et pendant la conva-

cence les cheveux sont tombés, comme à la suite d'un érysipèle. Confluentes aux mains et aux pieds, les bulles ont été rares sur la face. Outre le tégument cutané, l'éruption a eu pour siège les muqueuses labiale et buccale ; mais dans ces régions les bulles sont restées petites, leur volume n'a pas dépassé celui d'une tête d'épingle, le liquide a toujours paru trouble et on n'a pas constaté d'aréole périphérique.

Sur la peau, l'évolution de l'exanthème ayant pu être mieux suivie et mieux étudiée, j'ai remarqué les phénomènes suivants. Le premier jour apparaissait une plaque érythémateuse de forme et d'étendue variables. Le lendemain, le centre de cette plaque présentait une, deux, trois et souvent un plus grand nombre de petites vésicules jaunâtres, du volume d'un grain de millet. Le jour suivant, ces vésicules augmentaient de volume, mais étaient encore distinctes. Le quatrième jour, les vésicules réunies constituaient des bulles de différentes dimensions, avec ou sans aréole périphérique. Tantôt ces bulles étaient isolées les unes des autres, séparées par des intervalles de peau saine, et de forme arrondie ou elliptique. Tantôt, accolées deux à deux, ou trois à trois, elles n'étaient séparées les unes des autres que par une simple cloison qui, se déchirant plus tard, donnait naissance à une ampoule dont le volume dépassait celui d'un œuf. En sorte que l'on peut dire que les dimensions des bulles ont varié entre celles d'un grain de millet et celles d'un œuf, en passant par une série de volumes intermédiaires ; et si j'insiste sur ce caractère de l'éruption, c'est qu'il a une réelle importance, comme nous le verrons plus loin.

Le contenu des bulles, généralement limpide et incolore, était violacé dans celles exposées à des frottements, comme au niveau des épaules, des coudes, ainsi qu'à la partie externe des cuisses. Toutefois chez le malade qui fait le sujet

de notre première observation, la coloration violacée paraissait se rattacher plutôt à la gravité de la maladie qu'à une cause externe ; car les bulles hémorrhagiques étaient petites et situées à la région antérieure de la cuisse, c'est-à-dire dans une région à l'abri de toute pression. Au bout d'un certain nombre de jours difficile à préciser, mais ne dépassant pas le cinquième ou le sixième jour, les bulles se déchiraient sous l'influence de la plus légère pression, le liquide s'écoulait et l'épiderme soulevé s'affaissait, mais sans se réunir aux couches profondes. Plus tard cet épiderme se desséchait et tombait en mettant à découvert une surface rouge mais non ulcérée. Dans les régions soumises à des frottements répétés, comme au dos et aux fesses, la bulle une fois déchirée, il se produisait une exulcération recouverte de croûtes brunes, adhérentes, et cette exulcération, lente à se cicatriser, était le point de départ de douleurs vives.

La fièvre, faible au début de l'éruption, a augmenté d'intensité le cinquième jour dans le premier cas et son intensité n'a fait que croître les jours suivants. Dans le second cas, faible également au début de l'éruption, la fièvre a été très-intense le quatrième et le sixième jour ; puis elle a diminué progressivement.

Je dois noter aussi les nombreuses épistaxis chez la malade qui fait l'objet de la deuxième observation et la gravité de la maladie chez le premier malade qui a succombé le dixième jour de l'éruption. Cette terminaison fatale mérite d'autant plus d'attirer notre attention, que la plupart des auteurs s'accordent à porter un pronostic favorable en faveur du pemphigus aigu. Quelques cas de mort ont été signalés, mais ils sont peu nombreux et appartiennent généralement à des sujets âgés ou affaiblis par des maladies antérieures.

Toutefois, à l'occasion d'une discussion qui eut lieu à la

Société médicale des hôpitaux de Paris, au mois de décembre 1872, à la suite de la communication d'une observation de pemphigus aigu non syphilitique chez un nouveau-né, par M. J. Simon, à cette occasion, dis-je, M. Moissenet annonça que chez l'adulte il a vu une fois le pemphigus éclater brusquement et entraîner la mort en 24 heures. C'était un charcutier depuis longtemps adonné aux excès alcooliques. M. Lailler déclara de son côté que le pemphigus malin n'est pas très-rare chez l'adulte et qu'il s'en présente sept ou huit cas par an à l'hôpital Saint-Louis.

Quant à l'autopsie de mon malade, elle m'a permis de constater l'hypertrophie et l'altération graisseuse du foie, lésion notée par un grand nombre d'auteurs pour le pemphigus chronique. Moi-même je l'avais observée, dans cette dernière affection, dans deux autopsies que j'avais été appelé à faire en 1862. Mon attention a été également dirigée sur la muqueuse intestinale, et malgré un examen attentif je n'ai pu trouver aucune lésion depuis le cardia jusqu'au rectum. Je suis donc conduit à admettre avec Cazenave et Schedel, Rayer, Bazin et d'autres auteurs, qu'il n'existe jamais de bulles dans l'estomac et l'intestin, et je suis étonné que M. Lailler en ait vu sur la muqueuse de l'estomac.

Le traitement auquel j'ai soumis mes deux malades a été des plus simples. La médication interne a été subordonnée à l'élément fébrile, dont l'intensité m'a paru à un certain moment nécessiter l'emploi des préparations de quina. Localement j'ai fait usage de la poudre d'amidon, du cérat de Goulard laudanisé, de la pommade à l'oxyde de zinc et du cérat au calomel. Les bulles de pemphigus ont été respectées avec le plus grand soin. Les plus volumineuses seules ont été vidées par transfixion avec une aiguille.

Il est encore un point intéressant relatif à la deuxième observation, sur lequel je ne veux point insister longuement,

car ce serait sortir de mon sujet, mais que je ne puis pourtant passer sous silence. Il s'agit de la plaque de favus que cette malade a présentée pendant sa convalescence, au niveau du genou, sur un point qui avait été le siège d'une bulle. Les enfants atteints de favus étant nombreux dans ce service, il n'est point étonnant que de la matière favique ait pu être déposée par les personnes chargées des pansements. Mais ce qui est digne de remarque, c'est la facilité avec laquelle cette inoculation accidentelle s'est opérée, et la vitalité que le parasite a présentée. Nombreux, en effet, étaient les godets, et de plus on les a vus se reproduire au bout de huit jours, alors que tout paraissait avoir disparu par l'emploi de la teinture d'iode. Je sais bien que les auteurs admettent que le favus s'inocule facilement; mais telle n'est pas tout à fait mon opinion, et en cela je me fonde sur les nombreuses expériences que j'ai faites. En outre, le favus inoculé sur la peau se développe lentement et ne tarde pas à guérir même sans aucune médication. Dans ce cas donc, si l'achorion a germé avec vigueur, c'est qu'il a trouvé un terrain éminemment favorable à sa germination, c'est-à-dire un épiderme jeune.

Ainsi analysées, ces deux observations de pemphigus aigu me conduisent tout naturellement à me demander dans quel cadre nosologique doit être placée cette maladie.

Est-ce une fièvre éruptive, comme le prétendent certains auteurs? Est-ce un exanthème spécial non encore classé? Telles sont les deux questions que je me propose de résoudre.

Est-ce une fièvre éruptive? Chez mes deux malades, ni l'éruption ni la fièvre ne se sont comportées comme dans les fièvres éruptives. L'éruption s'est faite, en effet, par poussées successives, ce qui ne s'observe pas dans la scarlatine, la rougeole et la variole. Les tracés du pouls et de la température diffèrent aussi essentiellement de ceux qui

caractérisent ces fièvres éruptives. Ainsi chez mes deux malades la fièvre prodromique a été moins intense. La fréquence du pouls et l'élévation de la température ont coïncidé avec la généralisation de l'éruption et aussi avec la suppuration d'un certain nombre de bulles. En outre, le pemphigus aigu n'est ni contagieux, ni inoculable, et ces deux caractères ne sont pas les moins importants pour la distinction que je cherche à établir. Si donc le pemphigus aigu ressemble aux fièvres éruptives par son allure, cette comparaison n'est plus exacte lorsqu'on en étudie les détails. Aussi me semble-t-il, pour les raisons que je viens d'énumérer, que le pemphigus aigu ne peut être assimilé à la scarlatine, à la rougeole ni à la variole, ainsi que l'ont déjà fait observer plusieurs auteurs, au nombre desquels se trouve Gilibert.

Toutefois, il est vrai qu'il existe un autre exanthème classé parmi les fièvres éruptives et avec lequel le pemphigus aigu présente de nombreuses analogies. Je veux parler de la varicelle. Franck avait admis cette analogie. Aussi rattachait-il la varicelle au pemphigus sous le nom de pemphigus *variolodes*. Gilibert partage cette opinion : pour lui, le pemphigus aigu se rapproche de la varicelle et ressemble surtout à la troisième variété de varicelle.

La varicelle en effet, de même que le pemphigus aigu, n'est ni contagieuse, ni inoculable, ainsi que cela résulte des nombreuses tentatives d'inoculation faites par divers auteurs, Trousseau et Delpech, pour ne citer que les plus récents. Bien plus, il existe une variété de varicelle à laquelle on a donné le nom de varicelle bulleuse ou pemphigoïde, variété qui, au dire de Gintrac, n'est pas rare et ressemble au pemphigus, non-seulement par le volume des bulles, mais encore parce que l'éruption peut quelquefois se composer de poussées successives qui en prolongent la durée. Un fait consigné avec quelque retentissement dans

l'un des premiers rapports de la commission de vaccine de la Seine signale cette marche, et depuis elle a été également observée par Trouseau. La varicelle, dit cet illustre professeur, peut se continuer sous la forme d'un véritable pemphigus.

Ne semble-t-il pas que de nombreuses raisons plaident en faveur du rapprochement de la varicelle et du pemphigus? Mais, je me hâte de le dire, la varicelle n'est elle-même classée avec les fièvres éruptives que parce que les auteurs sont encore indécis sur la nature de cette maladie.

Si le pemphigus aigu fébrile ne peut trouver place parmi les fièvres éruptives, constitue-t-il donc un exanthème fébrile spécial? Je ne le pense pas, et je suis porté à admettre que sa place dans le cadre nosologique est toute trouvée. Je vais essayer du moins de le démontrer.

Ce qui caractérise la maladie dont j'ai rapporté deux exemples types, et à laquelle j'ai donné le nom de pemphigus aigu fébrile, c'est un appareil fébrile et une éruption herpétique, le mot herpétique étant pris dans le sens de vésiculeux. Or, dans un excellent travail publié en 1874, M. Parrot a groupé sous la dénomination de fièvre herpétique plusieurs maladies auxquelles les auteurs ont donné des noms différents, tels que fièvre synoque, fièvre continue, fièvre éphémère, angioténite, etc. Les caractères importants de cette fièvre sont, pour M. Parrot, les rapports intimes d'un appareil fébrile avec une éruption herpétique. Dans tous les cas, la fièvre est la même, dit-il; elle subit des variations dans sa quantité, mais sa qualité reste identique. M. Parrot, il est vrai, ne parle pas du pemphigus aigu fébrile; mais peut-être est-ce parce qu'il n'a pas eu l'occasion d'observer cette maladie. Quoi qu'il en soit, nous n'hésitons pas à ranger le pemphigus aigu fébrile dans cette classe, et cette manière de voir vient détruire l'objection que l'on pouvait présenter à M. Parrot, objection qu'il a

prévne et réfutée à l'avance, relativement à la disproportion considérable qui existe quelquefois dans la fièvre herpétique entre la lésion cutanée et les accidents généraux. Mais peut-être me dira-t-on : Pourquoi ne considérez-vous pas plutôt le pemphigus aigu fébrile comme un herpès généralisé fébrile ? Cette objection paraît assez fondée pour que je cherche, dès à présent, à la réfuter.

Déjà, en 1865, notre collègue M. Boucaud avait attiré l'attention des membres de la Société des sciences médicales sur l'herpès fébrile, et, à l'occasion d'une observation qu'il communiqua, il disait : « Je serais porté à placer cet herpès multiple et fébrile dans les pyrexies, à côté de l'érysipèle et de l'érythème noueux, c'est-à-dire à côté des fièvres éruptives non contagieuses et sujettes à récidiver. » Reprenant à son tour cette question, notre collègue M. H. Coutagne, qui, sans aucun doute, n'a pas eu connaissance de la communication de M. Boucaud, car il en aurait certainement fait mention, a étudié et décrit avec soin cet herpès fébrile, auquel il a donné le nom d'herpès généralisé fébrile, en le séparant de la fièvre herpétique de M. Parrot et du pemphigus aigu fébrile.

Bien que le travail de notre collègue, M. H. Coutagne ait été couronné par la Faculté de médecine de Paris, je me permettrai néanmoins de lui présenter quelques objections, ce qui, je l'espère, ne diminuera en rien la valeur de son mémoire.

Il me paraît que rien ne ressemble plus à la fièvre herpétique de M. Parrot que l'herpès généralisé fébrile de notre collègue. En effet l'observation I, sur laquelle s'appuie M. H. Coutagne pour décrire l'herpès généralisé fébrile, n'est que l'observation IX de M. Parrot, observation due à M. Mottet et publiée dans l'*Union médicale* de 1858, sous le nom d'herpès guttural. L'observation V a ses pareilles dans le mémoire de M. Parrot, et quant aux trois autres

observations, elles ont d'assez grandes analogies avec le pemphigus aigu fébrile pour n'en être pas séparées.

Pour M. H. Coutagne, le pemphigus aigu diffère essentiellement de l'herpès généralisé fébrile. Dans les cas, en effet, de pemphigus aigu qu'il a observés, jamais, dit-il, l'éruption n'a pu faire songer sérieusement à un herpès. Le volume considérable des bulles, l'absence presque complète d'aréole, leur présence et leur persistance dans les parties à derme épaissi, telles que la paume des mains et la plante des pieds, ne pouvaient laisser de doute sur le diagnostic.

M. H. Coutagne, d'une part, ne me semble pas avoir rencontré de véritables cas de pemphigus aigu, et, d'un autre côté, les caractères dont il se sert pour distinguer le pemphigus aigu de l'herpès généralisé fébrile me semblent bien insuffisants. La bulle ne diffère en rien de la vésicule au point de vue du processus histologique, et les mots bulle et vésicule n'indiquent qu'une différence en plus ou en moins. La clinique en fournit souvent des preuves, notamment dans les cas de varicelle, comme je l'ai dit, cas dans lesquels il est fréquent de rencontrer des vésicules dont le volume dépasse celui d'un grain de millet, grosseur assignée à la vésicule. Chez mes deux malades, et surtout chez le second, en même temps qu'il y avait des bulles énormes il existait un très-grand nombre de vésicules solitaires ou groupées. Sur les muqueuses labiale et buccale, on ne voyait que des vésicules ou tout au moins que de très-petites bulles. D'ailleurs M. H. Coutagne admet lui-même que les éruptions décrites dans les observations qu'il a citées se rattachent à la variété qui est connue généralement sous le nom d'herpès phlycténoïde.

L'absence ou la présence d'aréole ne peut non plus servir à différencier l'herpès généralisé fébrile du pemphigus aigu fébrile. Cette aréole signifie seulement que le

contenu de la vésicule ou de la bulle exerce une pression telle sur les vaisseaux sous-jacents, que le sang ne peut y pénétrer et stagne à son pourtour. Elle se rencontre avec la bulle comme avec la vésicule, c'est ce que j'ai pu constater sur mes malades.

Quant au siège de l'éruption, il est le même dans le pemphigus aigu que dans l'herpès généralisé fébrile. Si je me reporte, en effet, aux observations citées par M. H. Coutagne, je trouve signalés comme siège des vésicules les lèvres, la langue, l'isthme du gosier, les conjonctives, les membres, etc.; or, chez mes malades, toutes ces régions ont été également envahies.

Je ne trouve non plus aucune différence dans les périodes d'invasion et d'éruption telles que les a décrites M. H. Coutagne; car les courbes de température présentent de grandes analogies. Enfin, comme chez mes malades, notre collègue a constaté dans les cas qu'il a observés la persistance de la fièvre longtemps après le début de l'éruption primitive, et cela à cause des poussées successives.

Pourquoi donc séparer le pemphigus aigu fébrile de l'herpès généralisé fébrile, dirai-je en terminant, puisque ces deux maladies ont un si grand nombre de points de ressemblance? Dans les deux cas il s'agit d'une éruption herpétique généralisée, à poussées successives, avec manifestations gutturales et pyrexie. Pourquoi aussi séparer l'herpès généralisé fébrile de la fièvre herpétique?

Mettons donc, comme le dit M. Parrot, une même étiquette sur ces états qui ne diffèrent point entre eux, et considérons, ajouterai-je à mon tour, la varicelle, l'herpès généralisé fébrile et le pemphigus aigu fébrile, non comme des maladies distinctes, mais comme de simples variétés de la fièvre herpétique.

II

OBSERVATION DE BUBON D'EMBLÉE CHANCERLEUX, par M. P. DIDAY.

Le 25 novembre 1872, je reçois la visite d'un monsieur âgé de 38 ans. D'une forte constitution, de tempérament sanguin, il a, et ne s'en cache point, des rapports sexuels assez fréquents et avec des femmes différentes. Il a été atteint il y a trois ans d'une syphilis dont M. le docteur Clerc, de Paris, l'a traité et guéri. Il a, en outre, un eczéma habituel, peu intense, du sillon médian, situé en arrière de l'anus, éruption qui, au moment de sa visite, est à l'état de simple rougeur légèrement furfurescente.

Ce malade a, depuis le 15 novembre, un engorgement ganglionnaire à l'aîne droite ; engorgement ovoïde, ne comprenant, à ce qu'il paraît, qu'un ganglion avec le tissu conjonctif ambiant, assez peu douloureux à la pression, presque sans adhérence au tégument, lequel n'a pas changé de couleur. Il a eu divers coïts qui, depuis un mois, ont été échelonnés à bref intervalle.

Malgré le peu de réaction locale, il y a, depuis quelques jours déjà, de petits frissons alternant avec un peu de chaleur à la peau, diminution d'appétit, sueurs de temps en temps, principalement le soir.

Je cherche et ne trouve pas d'ulcère dans les diverses régions dont le système absorbant aboutit aux ganglions inguinaux. Je fais cette recherche avec d'autant plus d'attention que l'évolution du mal, le désaccord qui s'observe

entre la bénignité de l'état local et l'intensité du mouvement réactionnel m'avaient, *à priori*, conduit à penser qu'il pouvait s'agir d'un bubon d'emblée. Bref, je ne trouve rien, d'accord en ceci avec le malade, qui me dit lui-même n'avoir rien aperçu, rien senti, et j'écris au bas de mon ordonnance : bubon d'emblée. — (Frictions avec la teinture d'iode ; le soir cataplasme astringent à la poudre de tan ; à l'intérieur, vin de quina ; eau de Vals, aux repas ; un bain avec 500 grammes de sel.)

Jusqu'au 13 décembre, je revis deux fois ce malade. L'état local persista avec les mêmes caractères, en s'aggravant, toutefois, plutôt qu'en diminuant. La peau était devenue un peu adhérente, la marche légèrement douloureuse. En revanche, ainsi que cela s'observe pour le bubon d'emblée, l'état général avait, au contraire, été en s'améliorant. Le sujet continuait ses occupations, assez actives.

Je l'avais perdu de vue depuis lors, lorsqu'il revint me voir, pour une autre maladie, le 18 mai 1873. Il me rapportait mes ordonnances, dont la vue fixa mes souvenirs, et il me raconta, sur la marche ultérieure de son bubon de novembre 1872, les détails suivants :

En quittant Lyon le 13 décembre, date de ma dernière visite, il voyagea, se fatigua beaucoup, et négligea de se soigner. Le bubon augmenta de volume, devint enflammé. Enfin le malade fut obligé de se mettre au lit. Un médecin de son pays lui fit, vers les derniers jours de décembre, une ponction qui donna issue, dit-il, à une certaine quantité de matière purulente.

Se trouvant momentanément soulagé, il partit pour Paris et y alla consulter M. le docteur Clerc.

Il y avait, à ce moment, dix jours que le bubon avait été incisé ; et M. Clerc, à ce que me rapporte le malade, après avoir examiné l'engorgement, lui dit que : « c'était un bubon chancreux. » Aucun ulcère n'était apparu depuis son

départ de Lyon, dans la région ano-génitale ni ailleurs.

M. Clerc prescrivit un traitement régulier avec un liquide dont le malade ne se rappelle pas la composition. Mais, faute d'exactitude sans doute, en dépit de ce traitement, l'ulcération s'agrandit, creusa, au point que huit jours après, vers le 16 janvier 1873, M. Clerc reconnut la nécessité de soins plus méthodiques et obtint du malade qu'il se fit recevoir à la maison municipale de santé.

Il ne fallut pas moins de six semaines de traitement, dirigé par M. Demarquay, pour faire fermer l'ulcération qui avait pris d'assez grandes proportions. On procéda surtout par cautérisations répétées.

Quand je revis le malade, ainsi que je l'ai dit, le 18 mai, il y avait plus de deux mois que la plaie était fermée ; mais on pouvait néanmoins parfaitement se rendre compte des dimensions qu'elle avait atteintes, soit en largeur, soit en profondeur, par l'étendue de la cicatrice, ainsi que par la configuration en bride de quelques-unes de ses parties.

A six centimètres environ au-dessous de cette cicatrice, et entièrement séparée d'elle, il en existait, sur la face antérieure de la cuisse, une autre, plus étroite et plus superficielle. Quand j'ai demandé à mon client quelles en étaient la date et l'origine : « Oh ! me dit-il, ce bouton-là m'est venu pendant que j'étais à la maison de santé. Je me souviens même, ajouta-t-il, que M. Demarquay appela tous les élèves et leur dit : « Regardez donc cette inoculation ! »

En somme, deux faits ressortent de cet exposé : l'un c'est que notre malade a eu un bubon chancrelleux ; l'autre, c'est que ce bubon a eu lieu sans accident primitif capable d'en expliquer la formation.

1° Il a eu un bubon chancrelleux. Ceci est prouvé par l'évolution du processus ulcératif et par l'aspect de la cicatrice qui en résulta. C'est encore mieux prouvé par les dé-

clarations de nos deux collègues de Paris, déclarations qu'on ne pourrait souhaiter plus explicites, plus spontanées, plus compétentes, plus désintéressées ;

2° Ce bubon a eu lieu sans accident primitif capable d'en expliquer la formation.

Ce second point n'est pas moins facile à établir. Nous avons affaire à un malade intelligent, dont les souvenirs sont précis, qui très-probablement se serait aperçu d'un chancre, surtout étant par nous questionné à ce sujet. Puis le résultat négatif de notre exploration confirme ce témoignage. Nous avons pu examiner, nous avons examiné nous-même toutes les régions suspectes ; nous les avons examinées en temps utile, à l'époque où une lésion, s'il y en avait eu là, ou du moins, à la rigueur, sa cicatrice toute récente, aurait été visible,... et nous n'avons rien trouvé.

La démonstration semble donc complète, et, en présence de ce cas si probant par le caractère des autorités qui le confirment, ne peut-on pas, sans trop de témérité, se croire autorisé à dire : Le *bubon d'emblée chancrelleux* est fait ?

Un côté du débat reste encore à éclaircir, cependant, et je l'aborderai sans ambages : c'est l'authenticité de mon récit.

Lorsqu'un fait en dehors de ce qui s'observe journellement vient à se produire, à côté de la question d'exactitude il s'en pose presque toujours une autre : la question de bonne foi. Et il en est surtout ainsi lorsque, comme dans la discussion actuelle, ce fait est purement clinique, impossible à reproduire par l'expérimentation ; lorsqu'il s'est passé dans la pratique civile et à propos d'une spécialité où l'exhibition publique du sujet, où le contrôle, par conséquent, est impraticable ; lorsque enfin ce fait, en même temps qu'il confirme des assertions positives, dogmatiquement énoncées, infirme des dénégations non moins ardentes, non moins catégoriquement formulées. En cas pareil, le narra-

teur échappe difficilement à l'accusation d'erreur ou à celle de quelque chose de moins involontaire ; et si son âge, son expérience, l'affranchissent du premier reproche, on ne lui épargne guère le second. On ne lui dit pas à sa barbe : « Vous mentez ! » Oh non ! mais seulement, et le plus académiquement du monde : « Vous avez quelque intérêt doctrinal à présenter les faits sous ce point de vue ! »

Ces soupçons n'ont rien qui me blesse, Messieurs. Loin de m'en offenser, je vais, vous le voyez, au-devant de leur expression, car le titre d'observateur implique, selon moi, la véracité non moins que la clairvoyance ; et, entre ces deux qualités également précieuses, je ne vois pas pourquoi l'on ferait meilleur marché de l'une que de l'autre. Que mes honorables adversaires s'expliquent donc sans contrainte. Pour leur donner l'exemple de la franchise, je ne veux point leur cacher que je les suppose tout aussi passionnés que moi, tout aussi capables de nier, que, disent-ils, je puis l'être moi-même, le cas échéant, d'affirmer par intérêt doctrinal.

Mais, justement, avais-je, dans la présente affaire, un intérêt doctrinal en jeu ?... Non, non, Messieurs, quoi qu'il y paraisse. L'observation que je viens de vous lire est intéressante, n'est-ce pas ? parce qu'elle offre réunies ces deux circonstances, d'être un bubon d'emblée et d'être un bubon chancrelleux. Mais, veuillez le remarquer, de ces deux circonstances, la première, la seule que j'aie eu à constater, n'avait pour moi absolument rien d'extraordinaire. Ce n'est pas d'aujourd'hui que j'admets, que j'affirme l'existence des bubons d'emblée. Depuis bien longtemps, depuis près de vingt ans, je ne prends plus la peine d'en publier les exemples qui se présentent dans mon cabinet.

Ce nouveau fait passa donc comme les autres sous mes yeux sans que j'y attachasse plus d'importance. Je me bornai, après en avoir scrupuleusement constaté les cir-

constances, à le noter, selon l'usage, au bas de mon ordonnance, sous la dénomination de *bubon d'emblée*. Si plus tard il a passé au rang de *bubon d'emblée chancrilleux*, c'est grâce au concours fortuit d'autres observateurs. — Mais ni eux ni moi, n'en espérant le moindre honneur, n'y avons mis la moindre intention. Pouvait-il en être différemment, d'ailleurs? Non; car ils ne savaient pas plus, à Paris, ce qu'avait été la maladie à son début, que je n'avais pu, moi, à cette époque, prévoir ce qu'elle deviendrait; et si le beau idéal des instructions judiciaires, — la concordance de plusieurs dépositions recueillies isolément, — a une égale valeur dans l'ordre des faits scientifiques, on peut bien dire que rien ne manque à l'autorité de cette enquête, où la double distance de temps et de lieu, en garantissant le désintéressement des témoins, garantit aussi leur bonne foi.

Néanmoins, le désintéressement ne rend pas aveugle, et je ne saurais méconnaître, après coup, l'appui que le *bubon d'emblée* chancrilleux prête au *bubon d'emblée*. Lorsqu'une adénite inguinale apparaît après le coït sans qu'il ait existé de chancre, quelques auteurs attribuent cette adénite à un contagium absorbé par le tégument resté sain, et l'appellent *bubon d'emblée*. Mais la plupart se refusent à admettre cette appellation et cette étiologie: — « Il y a eu coït et je vois une adénite, cela est vrai, disent-ils. Mais de quel droit invoquer comme cause de l'adénite un contagium dont rien ne démontre la présence? Ce malade-là n'a-t-il pas été exposé à toutes les influences non spécifiques ordinaires capables d'engendrer l'adénite, aux fatigues, à l'excitation du coït, entre autres? Le lymphatisme ou d'autres dyscrasies ne peuvent-elles pas rendre compte de l'engorgement qui lui est survenu? Enfin, à un autre point de vue, ajoutent-ils, pourquoi prononcer le mot *bubon*, pourquoi s'obstiner à voir une adénite vénérienne dans cet engorge-

ment où l'observation ne révèle pas d'autres caractères objectifs et subjectifs que ceux de l'adénite vulgaire? »

Cette dernière objection n'est pas restée sans réponse, Messieurs. Les auteurs du *bubon d'emblée*, moi tout le premier, nous avons bien tenté de faire à cet être morbide son signalement clinique; car il a, comme tout autre, quelques traits qui lui appartiennent et n'appartiennent qu'à lui. Mais ces déterminations, étant de leur nature contestables, n'ont pu, je le reconnais, entraîner la conviction générale. Aussi le *bubon d'emblée chancrelleux*, — si les juges impartiaux qui ont à prononcer sur son état civil en autorisent l'inscription, — le bubon d'emblée chancrelleux, dis-je, entraînerait avec lui l'adoption du bubon d'emblée; car, d'après les faits de Baumès, de M. D. Mollière et d'après le mien, c'est bien un contagium ulcératif qui, dans ces cas, a traversé le tégument sans l'ulcérer; et ce contagium, agent du bubon d'emblée, on ne le suppose pas, on n'est plus réduit comme jusqu'ici, à en admettre, par induction, la présence dans le ganglion : on l'y voit désormais, on l'y touche, on l'y constate d'après ses effets connus, caractéristiques, pathognomoniques.

Je ne veux pas terminer sans attirer votre attention sur un fait de physiologie pathologique qui m'a frappé depuis longtemps et que je veux vous signaler à l'occasion du bubon d'emblée, malgré l'appui que mes adversaires y chercheront peut-être. Ce fait, c'est *l'action révulsive que le bubon exerce sur la chancrelle*. Dès qu'un bubon vient à se former, j'entends un bubon qui doit devenir chancrelleux, il est rare qu'on ne voie pas la chancrelle tégumentaire qui en a été le point de départ suivre une marche plus rapide vers la cicatrisation. Souvent j'en ai observé des exemples on ne peut plus remarquables, et dont les malades eux-mêmes se montraient surpris. Sans pansement, sans le moindre soin local, on

découvrait, passés, en cinq ou six jours, à l'état de cicatrice commençante, des ulcères qui, selon les probabilités ordinaires, auraient eu encore besoin, au minimum, d'une douzaine de jours avant d'arriver à l'état de réparation. N'était-ce qu'un acte de dérivation? Le pus serait-il, dans ces cas, pompé du dehors au dedans?... C'est là l'image vulgaire dont plus d'un client s'est servi, devant moi, pour caractériser ce phénomène. Sans essayer ici une explication, je me borne à énoncer le fait, auquel on peut aisément entrevoir une portée plus étendue et plus élevée que celle d'éclairer la petite question de spécialité que nous discutons en ce moment.

III.

Infirmerie de la prison de Saint-Lazare.

Service de M. le Dr COSTILHES.

ACCIDENTS ÉPILEPTIFORMES DE NATURE SYPHILITIQUE CHEZ UN NOUVEAU-NÉ.

Observation recueillie par M. LEPILEUR, interne à Saint-Lazare.

La nommée Marie X..., femme mariée âgée de 29 ans, couturière, née dans la Creuse, arrive à Saint-Lazare le 9 mai 1872. Elle a avec elle sa fille âgée de trois ans, et par cette raison est admise de suite à l'infirmerie.

Antécédents. Constitution lymphatique. — Affection strumeuse des yeux (kératite ulcéreuse de l'œil gauche) et du cou (abcès ganglionnaires) jusque vers l'âge de 17 ans, époque où les règles ont paru. — Bien réglée. — Mariée à 25 ans. — A 26 ans est accouchée à terme d'une fille qui se porte bien. — Cette femme est enceinte de cinq mois, elle s'est bien portée depuis le commencement de sa grossesse, n'a sur le corps aucune trace d'accidents syphilitiques et dit n'avoir jamais eu de maladies vénériennes.

Chez le mari et ses ascendants, pas plus que chez ceux de la femme, on ne trouve pas d'épilepsie. Il est impossible de rechercher les antécédents du mari au point de vue de la syphilis, sa femme dit n'en avoir jamais eu connaissance.

Dans les premiers jours de juillet, elle est atteinte sur

le sternum d'une légère éruption papuleuse cuivrée, sans prurit de nature évidemment syphilitique, et qui ne tarde pas à devenir papulo-squameuse.

26 juillet. La femme fait une chute dans un escalier de l'infirmerie et, le même jour, elle accouche d'un garçon à huit mois de conception. — Rien sur le corps de l'enfant.

10 août. Chez la mère nombreuses pustules d'impétigo sur le devant de la poitrine.

15 août. Elle est prise sur les bras, les fesses, les cuisses et les jambes d'une violente éruption d'eczéma impétigineux, également sans prurit, et qui, rapproché de l'éruption du sternum, confirme le diagnostic et détermine M. Costilhes à prescrire le traitement antisypilitique :

Iodure de potassium, 0,50 centigrammes ;

Liqueur de van Swieten, 1 cuillerée ;

Toniques.

Toujours rien sur le corps de l'enfant, qui est examiné tous les jours.

23 août. Nourri par sa mère, il ne donnait aucun signe de malaise, quand, à la suite d'une colère très-vive, il est pris d'accidents nerveux caractérisés par une rougeur subite de la face, cris aigus, renversement des yeux, clignotement convulsif des paupières, contraction des bras et tremblement des avant-bras, quelquefois opisthotonos, mais le plus souvent contraction successive des muscles du cou et du dos, déterminant un mouvement de flexion de la tête à droite et à gauche, en même temps qu'elle tournait sur son axe. — Chaque crise durait de 3 à 4 minutes au plus, et elles arrivèrent à se rapprocher tellement qu'on en comptait six et sept par heure. Nous avons eu souvent l'occasion d'y assister, et ce qui nous a surtout frappé, c'est le calme dont elles étaient précédées et immédiatement

suivies sans qu'il y eût aucun phénomène intermédiaire. Tout d'un coup l'enfant crispait sa petite bouche, poussait un cri, les différents phénomènes que nous venons d'énumérer se produisaient, et brusquement encore la bouche reprenait sa position normale, le cri cessait, les autres accidents aussi, et l'enfant se mettait à téter avec voracité. Jamais ces crises ne l'ont pris quand il était au sein.

27 août. M. le Dr Bourreau, qui remplaçait en ce moment M. le Dr Costilhes, fait continuer à la mère son traitement.

2 septembre. On prescrit pour l'enfant une cuillerée à café par jour de sirop d'iodure de potassium.

5 s septembre. La mère est examinée au spéculum et voici ce qu'on trouve : Une ulcération occupant la presque totalité du col, qui est volumineux. Elle a l'aspect granuleux, à bordssailants, d'un jaune cuivré, se termine à sa circonférence par un liseré d'un rose vif très-tranché. — Une sanie épaisse, d'une odeur forte, pénétrante, en recouvre la surface, qui saigne au moindre contact du balai de charpie. — Cette ulcération spécifique a guéri en quelques jours, sous l'influence des cautérisations répétées d'une solution concentrée de nitrate d'argent, de nitrate acide de mercure, et de teinture d'iode.

18 septembre. Les accidents nerveux de l'enfant cessent tout à coup et n'ont pas reparu depuis (10 décembre). En résumé, si l'on considère la rareté de l'épilepsie essentielle chez un enfant de cet âge, l'absence d'antécédents de famille et de lésions traumatiques, forceps ou autres, ayant déterminé une compression du cerveau d'une part, d'autre part les manifestations qui sont survenues chez la mère prouvant amplement, malgré l'ignorance de bonne foi où elle est du début et de l'origine de sa maladie, qu'elle a été syphilitisée

à une époque qu'on ne peut malheureusement préciser, et le succès du traitement employé, ces différentes considérations ne conduisent-elles pas à penser qu'il y a eu chez cet enfant une compression pathologique du cerveau causée par une exostose ? par une gomme ? ou simplement par un exsudat des membranes ? mais très-probablement, en tout cas, par une production morbide ayant pour origine la syphilis.

V.

ÉTUDES ET OBSERVATIONS SUR LA SYPHILIS
INFANTILE ET SUR UNE FORME SUSPECTE DE
SYPHILIS CHEZ LES ENFANTS A LA MAMELLE

Par le Dr **GAETANO CASATI**

Médecin en chef de l'hôpital des enfants exposés et des femmes en couches
de Milan

Traduit de l'italien par le Dr **Daniel MOLLIÈRE**
Chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

(Extrait des *Annali universali di medicina.*)

(SUITE ET FIN.)

XX.—Garçon de cinq mois 26 jours. Ophthalmie, ozène, ulcère cutané de l'anus, taches cuivreuses sur le ventre, ulcère en voie de guérison sur la jambe droite. Au bout de six jours, la déglutition devient difficile; toux gutturale, vomissements, malgré l'usage de la poudre de Pollini. En fin, au bout de neuf jours, surviennent des accès convulsifs avec cyanose et menace de suffocation. (A l'auscultation, râles nombreux, surtout à gauche.) L'enfant meurt le deuxième jour après l'apparition de ces convulsions. — *Autopsie.* La tête entière est congestionnée. Suffusion séreuse dans les ventricules et à la base du cerveau. La muqueuse du larynx est couverte de muco-pus. Rougeur de la glotte et de l'épiglotte, au-dessous de laquelle on trouve une ulcération à son début. Hépatisation des lobes supérieurs et

postérieurs des deux poumons. Développement considérable des glandules mésentériques.

XXI. — Enfant de 6 mois et 3 jours. Il est sorti depuis quelques jours de ce service où on l'a traité pour des accidents syphilitiques. Variole en voie de guérison, voix affaiblie, fièvre. Il avait présenté des ulcérations sur la langue. Après neuf jours, les symptômes s'aggravent. Il succombe après avoir été en proie à une oppression considérable, de la toux, des accès de dyspnée, etc. — *Autopsie*. Larynx sain. Rien au poumon droit. Le poumon gauche est emphysémateux vers sa région inférieure. Congestion passive de la région postérieure et supérieure. Il n'y a pas d'hépatisation. Congestion du foie. Développement des glandules mésentériques.

XXII. — Enfant de 4 mois 13 jours. Eczéma ulcéré du visage et d'une grande partie de la surface du tronc. Aphonie, marasmes, *sbroffa* digestion, pénible. Il a eu antérieurement des ophthalmies. Pendant les premiers jours il fut soumis à l'usage de la poudre de Pollini. L'eczéma se dessécha, mais survinrent l'aphonie, la desquamation et l'ulcération des mains, des furoncles de la face; ophthalmie, colite, œdème des pieds, catarrhe, toux, convulsions, mort le trente-septième jour. — *Autopsie*. Injection des méninges, piqueté très-marqué du cerveau, suffusion séreuse sous les méninges, dans les ventricules et à la base du cerveau. On trouve deux zones d'hépatisation rouge sur chaque poumon; elles partent du sommet et vont jusqu'à la base, dans le point où l'organe correspond à la grande courbure des côtes. Ces deux zones d'hépatisation sont larges de cinq à six lignes vers les bases et s'amincissent vers le sommet. Elles s'enfoncent dans le poumon, dont elles comprennent presque toute l'épaisseur. La totalité de l'organe surnage dans l'eau, mais les fragments de cette zone vont au fond. Par pres-

sion on fait sourdre du mucus des bronches, dont la muqueuse est rouge. Emphysème à la base des deux poumons; les autres viscères sont sains.

XXIII. — En 1863. Une femme, couchée au n° 38 de l'hôpital Luogo Pio, mit au monde un enfant au sixième mois de sa grossesse, mort depuis quelque temps déjà. Il présentait des traces de desquamation de la plante des pieds et de la paume des mains, comme à la suite d'un pemphigus. On trouvait des traces de bulles déjà ouvertes et de la desquamation en différents points du corps. Le cadavre était dur, œdémateux, comme sclérosé. La mère racontait qu'elle avait eu pendant sa grossesse un écoulement vaginal assez fétide, abondant, jaunâtre et épais, qui avait amené des excoriations sur les cuisses. Nous ignorons s'il y eut d'autres lésions aux organes génitaux, en tout cas on n'en retrouve aujourd'hui aucune trace. On ne pouvait, à cause du récent accouchement, examiner au speculum l'état du col et du vagin. Le placenta est décoloré, anémique, son tissu est frappé en plusieurs points de dégénérescence graisseuse. A l'autopsie de l'enfant on a trouvé une congestion du cuir chevelu, les os du crâne sont extrêmement rouges, il en est de même des méninges et du cerveau. Le cerveau, le cervelet et la moelle sont piquetés de rouge. On trouve dans les poumons de petits noyaux blancs, durs, du volume d'un pois ou un peu moins; il y en a trois ou quatre dans chaque poumon. Le plus volumineux est au sommet du poumon droit. Il est dur, blanchâtre, on le voit immédiatement au-dessous de la plèvre viscérale. Le tissu pulmonaire est légèrement congestionné. On croirait voir en certains points de la pneumonie lobulaire. Rien au cœur et au thymus. La surface externe du foie a son aspect normal, mais sur une coupe on y voit des taches qui se confondent insensiblement avec des points frappés de dégénérescence graisseuse; les altérations se

voient surtout au niveau du bord libre. Rien aux autres viscères. Infiltration, de la peau comme chez les enfants morts de sclérème. Les tissus, en effet, conservent facilement l'empreinte du doigt.

XXIV. — Au n° 70 des femmes en couches, entra une mère qui ne présentait aucun symptôme syphilitique, et qui niait à tort ou à raison tout antécédent. Elle mit au monde naturellement un enfant à terme, vivant, qui mourut une heure après sa naissance. Il présentait des ulcérations consécutives à des bulles de pemphigus, dont beaucoup existaient encore semées çà et là sur la surface du corps. On en voyait encore d'intactes aux jambes et aux bras. A l'autopsie tous les viscères étaient normaux, excepté le thymus. Il était beaucoup plus volumineux qu'à l'état normal; il présentait dans son intérieur une quantité notable de pus jaunâtre, épais, qui en remplissait toute la cavité. On ne trouvait pas d'autres foyers purulents dispersés en d'autres points, mais tout le pus était amassé dans ces deux vastes cavités.

XXV. — Femme enceinte entrée au n° 239. Elle présente des ulcérations syphilitiques aux organes génitaux. Par un accouchement naturel elle met au monde un enfant de neuf mois mort et déjà macéré. La surface cutanée ne présentait rien de particulier. L'autopsie révéla les lésions suivantes : Congestion cérébrale assez intense. Sérosité dans les plèvres. Petites taches rouge sombre ecchymotiques sur le cœur et la surface externe des poumons, qui du reste ne présentent aucune autre altération et ne surnagent pas. Le foie est volumineux, présente une teinte ictérique, ses éléments sont imbibés par la bile. Sur sa surface externe on voit des points rouges ecchymotiques semblables à ceux du cœur et des poumons. Le placenta a son volume et la consistance normales, mais il est plus pâle qu'à l'état natu-

rel, il présente quelques points, de ce que l'on appelle vulgairement de la cirrhose, et deux indurations plus volumineuses, blanchâtres, constituées par un hyperplasie du tissu conjonctif.

XXVI. — Femme couchée au n° 387. Elle a présenté à différentes époques un écoulement vaginal jaune verdâtre, épais; elle dit avoir eu antérieurement d'autres lésions aux organes génitaux, dont elle ne peut ou ne veut indiquer la nature. Elle met au monde un avorton de cinq mois du sexe féminin, déjà macéré, qui se présenta par l'épaule gauche en deuxième position (céphalo-iliaque droite). Évolution spontanée. L'autopsie pratiquée avec beaucoup de soin ne révèle qu'un peu de pâleur du foie, dont la couleur jaune foncé rappelle la dégénérescence amyloïde. Pâleur extrême des autres viscères et des muscles, due probablement à la macération et à l'imbibition par les eaux amniotiques. Le placenta, d'une couleur rose, est exsangue, assez dur, parsemé de petites indurations grosses comme des têtes d'épingle.

XXVII. — Femme couchée au n° 388. Elle est rachitique et présente une déviation du bassin. Le travail est déjà commencé au moment de son entrée, et au bout de quinze heures naquit une fille de sept mois, morte et macérée, qui s'était présentée par l'occiput en première position. Cette femme raconte avoir contracté, quelque temps avant sa grossesse et par le coït, des ulcérations génitales qui se guérissent sans traitement pour faire place plus tard aux lésions que nous voyons aujourd'hui, c'est-à-dire à des plaques muqueuses aux grandes et petites lèvres. Le petit cadavre ne présentait rien de syphilitique, si ce n'est la desquamation facile attribuable tout autant à la macération qu'à la syphilis. A l'autopsie on trouve l'abdomen rempli d'une sérosité jaune, transparente, sans flocons. On en

trouve de même dans la cavité pleurale gauche, où elle est moins abondante. Les poumons, de couleur et de consistance normales, présentent des noyaux indurés, gros comme une petite noisette, blanc jaunâtre, contenant une substance blanchâtre, semblable à du pus concrété. D'autres noyaux plus petits, plus blancs, plus durs, constitués comme par un tissu lardacé, se trouvaient au sommet dans le parenchyme; on en trouvait aussi à la surface. Je donnai ces poumons à examiner à mon savant ami Achille Visconti, qui me donna la note suivante : « Les deux poumons de cet enfant présentaient le plus bel exemple qu'on puisse voir d'induration syphilitique, ainsi qu'il résulte de l'examen macroscopique et microscopique fait par voie d'exclusion. » Foie muscade, tout à fait analogue à celui des adultes; rien dans les autres viscères. Dans le placenta on trouve des granulations analogues à celles que nous avons notées pour les autres.

Si nous voulons maintenant jeter un coup d'œil général sur les lésions que nous avons rencontrées, nous pouvons les grouper en plusieurs catégories :

a) *Lésions cérébrales.* Nous n'en avons jamais trouvé qui fussent dignes de remarque, nous n'avons noté dans quelques circonstances rares qu'un peu de congestion et de suffusion séreuse. Mais comme nous les avons rencontrées chez un petit nombre d'enfants seulement, qui avaient succombé dans des convulsions, nous devons les considérer comme une complication de la maladie, mais tout à fait indépendante de la syphilis.

b) *Lésions de l'appareil respiratoire.* Dans la bouche, le gosier, le canal vocal, le larynx, les poumons, les bronches, nous avons presque toujours rencontré des lésions considérables, suffisantes pour expliquer la mort, et dépen-

dant évidemment de la syphilis : ulcérations du larynx, syphilomes du poumon à leurs diverses périodes, depuis la simple hyperplasie congestive se présentant sous la forme de petits points indurés, jusqu'à la véritable gomme syphilitique. C'est probablement à elles qu'il faut rattacher les autres altérations de l'appareil pulmonaire (rougeur des bronches, sécrétion muco-purulente de leur muqueuse, pneumonie lobulaire, hépatisations limitées, hémorrhagie, emphysème). L'hépatisation rouge est très-fréquente et peut constituer selon nous une véritable entité morbide, indépendante de l'état d'ulcération, et probablement aussi de la syphilis, comme nous allons le dire (1).

(1) A ce propos, qu'il me soit permis d'ajouter quelques mots de pathologie infantile. On sait combien la pneumonie des enfants ressemble peu à celle des adultes. La même différence existe entre celle des nouveaux-nés et des enfants déjà sevrés, surtout au point de vue des symptômes, mais les limites de ce travail ne me permettent pas d'insister davantage sur ce point. Pour ce qui est de l'anatomie pathologique, je suivrai Bouchut, qui me paraît parler de la question avec pleine connaissance de cause. Chez l'enfant, c'est surtout la pneumonie lobulaire discrète ou confluyente que l'on observe; c'est la pneumonie lobaire chez l'adulte. Ces deux formes diffèrent en ce que tout un lobe est pris à la fois dans cette dernière, tandis que dans la première, qu'elle soit discrète ou confluyente, ce sont de petits lobules qui sont successivement envahis. La pneumonie lobulaire, très-fréquente chez les enfants à la mamelle, nous présente trois périodes : 1^o congestion; 2^o splénisation rouge, ou hépatisation rouge; et 3^o hépatisation grise. La pneumonie lobaire se rencontre plutôt chez les enfants déjà sevrés. On peut la voir aussi chez les enfants à la mamelle, mais alors même il est rare que tout un lobe soit envahi : on retrouve toujours quelques lobules qui ont conservé leur teinte rose et leur consistance normale. Elle a aussi ses trois états de congestion et d'hépatisation rouge et grise. Rappelons encore quelques-uns des aphorismes de Bouchut qui ont ici une réelle importance :

131. La pneumonie primitive, pneumonie d'emblée, est rare chez les enfants à la mamelle.

132. La pneumonie est ordinairement secondaire et consécutive à une bronchite simple ou compliquant une maladie fébrile.

133. La pneumonie d'emblée est ordinairement lobaire.

c) Chez un mort-né nous avons noté la *suppuration du thymus*, que j'ai toujours trouvé normal chez les enfants syphilitiques morts un certain temps après leur naissance. C'est que le travail régressif dans cette glande a déjà commencé, et son activité fonctionnelle dont nous ignorons la nature a cessé.

d) *Lésions du cœur*. Relativement à l'appareil circulatoire, il n'a jamais présenté de lésions notables, du moins parmi celles que l'on peut rattacher à la syphilis. Une seule fois nous avons observé de la péricardite, mais dans ce cas nous considérons cette maladie comme complètement indépendante de la syphilis. Nous en dirons autant de la congestion des gros troncs veineux.

e) *Le foie* dans presque tous les cas a présenté quelque chose de digne de remarque. Tantôt congestionné, volumineux, avec dégénérescence graisseuse commençante ou déjà complète. Nous n'avons trouvé qu'une fois la dégénérescence lardacée. D'autres fois nous l'avons trouvé marbré, semé de petits points jaunes ou blanchâtres, limités parfois à la surface et dus à des épaissements de la membrane de Glisson. Dans un autre cas nous avons rencontré des points ecchymotiques, des foyers hémorrhagiques.

f) L'augmentation des *glandes mésentériques*, qui acquièrent un volume considérable, a été plusieurs fois notée, et chez les enfants et chez les nouveaux-nés.

g) Une seule fois nous avons vu une inflammation du *péritoine*, avec accumulation de ses produits dans cette cavité.

h) Nous n'avons jamais rien trouvé dans les appareils digestif, urinaire, et dans les articulations.

134. Les pneumonies secondaires sont lobulaires

136. La pneumonie des nouveaux-nés est presque toujours double.

142. Le développement de la pneumonie lobulaire est favorisé par l'accumulation des enfants dans les salles d'hôpital.

i) A part les lésions des *os du nez et du palais*, nous n'avons jamais eu à noter d'altération du squelette.

Nous avons maintenant à étudier ces lésions au triple point de vue de la symptomatologie, de l'étiologie et des associations morbides ; nous ajouterons aussi quelques mots d'historique à notre description afin de pouvoir comparer les résultats de nos observations avec ce qu'ont vu les autres auteurs.

Et d'abord peut-on, à l'aide des symptômes que nous venons d'exposer et par la simple inspection du malade, reconnaître les lésions que nous venons de décrire ? L'*aphonie* tout d'abord est bien évidemment due à l'ulcération du larynx, puisque cette ulcération existait chez tous les enfants qui ont présenté ce symptôme. Ce fait me semble avoir son importance, car chez l'enfant on ne peut pas comme chez l'adulte avoir recours au laryngoscope et demander au malade les sensations qu'il éprouve. Presque toujours les altérations du larynx, du pharynx et des fosses nasales ont été trouvées chez les enfants qui présentaient de la difficulté dans la déglutition avec nombreuses régurgitations. La toux gutturale se rapporterait à l'ulcère du larynx, accompagné presque toujours de bronchite et de pneumonie générale ou partielle (1).

(1) La fréquence des altérations des voies respiratoires chez les enfants n'a rien qui doive nous surprendre quand nous considérons les fonctions physiologiques de ces organes, leur grande susceptibilité, le grand nombre d'affections soit idiopathiques, soit symptomatiques, qu'ils présentent à cet âge, et d'abord la petitesse de leur volume qui favorise l'extension des maladies. On sait en effet que chez les nouveaux-nés presque toute la région antérieure du poumon est recouverte par le péricarde ; ce n'est qu'au moment de la puberté, qu'à l'état normal ils prennent un volume relativement plus grand et recouvrent à leur tour le péricarde. Quand on jette les yeux sur le thorax d'un petit enfant, on voit au premier coup d'œil que le diamètre vertical en est relativement très-court. La cavité abdominale s'est agrandie à ses dépens, et les viscères remontent

Mais cette toux a des caractères particuliers, c'est une toux *sui generis*, gutturale, et qui doit cette tonalité à

très-haut au-dessous du diaphragme. La colonne dorsale est presque droite; elle ne présente pas encore cette courbure si bien disposée pour agrandir le champ des deux systèmes respiratoire et circulatoire. C'est dans cette étroite cavité que s'exécutent les fonctions respiratoires. Aussi la dyspnée survient-elle à la suite de la moindre lésion. La trachée, comme le thorax, est très-courte; le larynx, qui ne doit se développer que plus tard, est encore très-imparfait. L'étroitesse de son orifice explique la gravité des fausses membranes du croup, les dangers inhérents à l'introduction des corps étrangers dans les voies aériennes, la difficulté et les nombreux insuccès de la trachéotomie, l'aphonie, la toux, les vomissements et les régurgitations des aliments et des boissons, que l'on observe si souvent chez l'enfant syphilitique; enfin, l'influence que le thorax exerce par sa région diaphragmatique nous explique comment de la toux naît le vomissement et réciproquement, le pneumogastrique étant le trait d'union de cette remarquable synergie. (Richard, de Nancy, *Traité pratique des maladies des enfants*, p. 399 et suiv.) La conformation des organes respiratoires, et en particulier celle du larynx, est encore une cause prédisposante, et la lésion dont nous parlons en rétrécit encore l'orifice (Bouchut., *ibid.*), bien que la pneumonie soit une maladie assez rare chez les nouveaux-nés. (Valleix, *Clinique des maladies des nouveaux-nés*, p. 40.) Enfin nous avons observé un fait qui selon nous n'est pas sans importance, c'est la relation qui, dans les maladies éruptives propres à l'enfance et rares chez l'adulte, existe entre les manifestations cutanées et les symptômes pulmonaires. Dans la rougeole, nous avons le coryza, la toux sèche souvent persistante et, comme complication très-grave, la pneumonie.

L'éruption se produit, mais la fièvre persiste, la toux, la dyspnée augmentent, les symptômes d'une inflammation pulmonaire se manifestent, tout fait pressentir une terminaison fatale: les crachats sont abondants, sanguinolents, foncés, visqueux, l'inflammation apparaît lentement, mais l'expectoration devient purulente, c'est une phthisie aiguë ou des ulcérations des bronches. Dans la fièvre morbillieuse de Sydenham, ou rougeole sans éruption, forme que l'on rencontre surtout dans les temps d'épidémie, on n'observe que les symptômes bronchiques (catarrhe bronchique), le coryza, la fièvre et le larmolement; il n'y a pas à proprement parler d'éruption. (Grégory. Guersant.) C'est à peine si sur le cou et les épaules on trouve quelques taches qui ressemblent à la rougeole. (Bouchut.)

Dans la scarlatine, nous trouvons les inflammations du pharynx et de l'isthme du gosier, qui suffisent pour le diagnostic quand les caractères de l'éruption ne sont pas encore assez tranchés. On a aussi le

l'ulcération laryngienne, dont elle dépend presque toujours. Aucun symptôme ne nous a permis de reconnaître les altérations du foie. On peut les rattacher, croyons-nous, aux lésions pulmonaires, surtout l'altération dite foie muscade et la dégénérescence graisseuse, qu'un grand nombre d'auteurs rattachent aux maladies du poulmon. Il nous reste maintenant à étudier l'étiologie de ces lésions. Sont-elles syphilitiques? constituent-elles de simples complications, qui en raison de leur fréquence devraient être considérées comme de véritables associations morbides? Avant de répondre à ces questions examinons d'abord ce qu'ont trouvé les spécialistes à l'autopsie des syphilitiques mort-nés, ou morts peu après l'infection.

Lagneau (1), Depaul (2), Theirlink (3), Diday (4), Bouchut (5), Cruveilhier (6) et d'autres parlent de lésions pulmonaires qu'ils considèrent comme syphilitiques, tandis que Caseaux n'y voit que de simples pneumonies lobulaires (7). Si maintenant nous rapprochons leur description de ce que nous avons observé, nous verrons qu'elles se rapportent pour la plupart à de véritables nodosités lobulaires avec congestion et infiltrations plastiques jaunâtres ou grisâtres. Deux des meilleurs exemples en sont donnés par des enfants mort-nés. Chez les enfants morts au bout d'un temps un peu plus considérable, ils ont noté les altérations suivantes : induration et hyperplasie du tissu conjonctif

coryza, la raucité de la voix, la toux, l'angine qui parfois a la forme gangréneuse et constitue une des plus graves complications de la fièvre scarlatine.

(1) *Des maladies pulmonaires causées ou influencées par la syphilis*, 1854.

(2) *Gaz. méd. de Paris*, 1851, p. 392.

(3) *Obs. et bullet. de la Soc. de méd. de Gand*, 1852, p. 93.

(4) *Op. cit.*, p. 145 et suivantes.

(5) *Op. cit.*, p. 992.

(6) *Anat. path. du corps humain*, t. I, xv^e livraison.

(7) *Bull. de l'Académie de méd. de Paris*, 1851, p. 920.

pulmonaire, ressemblant beaucoup à la pneumonie lobulaire, qui constituerait d'après Depaul le premier degré de l'altération spécifique (1). Contrairement à l'avis de Casseaux, toutes ces pneumonies lobulaires d'après lui sont syphilitiques. Ce dernier auteur au contraire refuse absolument de les considérer comme telles (2). Il n'y aurait qu'une inflammation dans le sens que l'on attachait autrefois à cette expression. Du reste nous ne pouvons pas nier absolument que la syphilis puisse produire de la pneumonie lobulaire, puisqu'à une période plus avancée on la voit se compliquer d'exsudations dont les caractères se rapprochent singulièrement des affections syphilitiques du poumon (3). On a considéré le foie comme le siège de prédilection des lésions syphilitiques. Gubler le premier a donné une très-bonne description de ces altérations, *Gazette des hôpitaux* 1848, janvier (*Gaz. med.* 1852, p. 262). Sa description, surtout pour ce qui est du début de la lésion, se rapporte parfaitement avec ce que j'ai pu observer moi-même (4); il n'y a qu'une différence entre les observations de Frerichs et Gubler et les miennes, c'est que comme Dittrich, au lieu de les rencontrer dans la période tertiaire je les ai vu accompagner des manifestations secondaires (5). Du reste on peut bien supposer que si les malades avaient survécu, il se serait développé des lésions

(1) *Op. cit.*

(2) *Op. cit.*

(3) Weber la considère comme les restes d'une hépatisation grise survenue pendant la vie intra-utérine. (*Revue clinique* de Bologne, page 90.)

(4) La description que donne Gubler des altérations syphilitiques pulmonaires des nouveaux-nés est très-remarquable et très-exacte : elle est parfaitement conforme avec tout ce que nous avons pu observer. (*Schmidt's Jahrbücher*, Bd. 118, 120, 122, 124.)

(5) Je ferai remarquer à cet égard que chez les enfants il est bien difficile de diviser en trois périodes la syphilis, comme le veut l'école du Midi. Bientôt en effet on voit apparaître en même temps des lésions secondaires et tertiaires, l'une précédant l'autre et *vice versa*,

tertiaires, et marchant de pair avec les lésions cutanées, les altérations des viscères auraient présenté des caractères plus tranchés, puisque chez presque tous les enfants la forme décrite par Gubler peut être considérée comme le début de la lésion (1). J'ai aussi observé comme Gubler que l'œdème des membres inférieurs est assez fréquent avec cette ulcération. Mais la maladie hépatique n'en est pas la seule cause selon moi. Il faut encore tenir compte de la débilité générale, de l'oligémie de tous ces enfants, soumis pour la plupart à l'allaitement artificiel. L'œdème manque en effet malgré la maladie du foie, chez ceux qui continuent à être allaités par leur mère.

Pour ce qui est de la suppuration du thymus, que j'ai rencontrée chez des enfants morts une demi-heure après leur naissance, dont le corps était couvert de bulles de pemphigus évidemment syphilitique, alors que leur mère ne présentait aucune trace de cette affection, on la peut rapprocher de ce qu'a observé et décrit Dubois (2), qui, sur les cinq enfants chez lesquels il rencontra cette lésion, en trouva un atteint de pemphigus, tandis que chez les cinq il n'y avait pas de lésion pulmonaire. Mon observation ressemble plus encore à celle de Depaul, qui dit dans sa première observation (3) que, contrairement à

de sorte qu'il est bien difficile, sinon impossible, de dire quelles lésions appartiennent à telle ou telle de ces fameuses périodes.

(1) Wagner, dont j'ai déjà cité les recherches sur les syphilomes, à propos du syphilome du foie déjà signalé par Budd, Ricord, Roger, Dittrah, Meckel, Gubler, Rokitansky, Bamberger, Virchow, Wilks, Frerichs, Biermer, Forster et d'autres, les divise en quatre espèces : le syphilome à gros noyaux, l'hépatite syphilitique interstitielle du foie, qui d'après lui ne serait qu'un processus de guérison de la forme précédente, le syphilome miliaire, qui tiendrait le milieu entre le syphilome nodulaire et la forme diffuse, enfin le syphilome diffus du foie; c'est le plus fréquent chez les nouveaux-nés, il peut se combiner avec la forme miliaire. (*Op. cit.*)

(2) *Gaz. méd. de Paris*, xx^e année, p. 532.

(3) *Op. cit.*, observ. I.

celle de Dubois, le thymus présentait une cavité pleine d'une substance grumeleuse, jaunâtre, épaisse, tandis que dans les faits de Dubois le pus était pour ainsi dire disséminé dans le tissu de la glande, sans présenter de foyer; dans mon observation, il s'agissait aussi d'un foyer purulent.

Guérin (1) a aussi signalé la tuméfaction des glandes mésentériques; ce symptôme, que j'ai si souvent observé, me semble avoir une assez grande importance pour expliquer les rapports qui existent entre la syphilis et la scrofule. Souvent en effet cette dernière maladie se rencontre chez les malades qui ont survécu à la syphilis. Le siège de ce gonflement ganglionnaire peut aussi nous faire comprendre les lésions mésentériques qu'on trouve si souvent chez les rachitiques et les scrofuleux, et qui cèdent à l'iode de potassium combiné aux ferrugineux, remède dont on connaît l'action héroïque sur les accidents franchement syphilitiques.

Il nous reste à parler de la péritonite. Simpson (2) fut le premier à appeler l'attention des médecins sur cette maladie. Il la considéra comme de nature spécifique, et en donna vingt observations détaillées, rapportant des autopsies où il rencontra la maladie soit à l'état aigu, soit à l'état chronique. Parmi ces observations, qui presque toutes sont de lui, les autres étant tirées de Cruveilhier (3), Véron (4), Brachet (5), Chaussier (6), Billard (7), Carus (8), Andral (9),

(1) *Op. cit.*, p. 227.

(2) Peritonitis in the foetus in utero. — *Edimb. Med. Journ.* octobre 1838, p. 390. The obstet. mem. and contrib. *Edimb.* 1856, V. 2. p. 152.

(3) *Op. cit.*, obs. 15, p. 2.

(4) Observations sur les maladies des enfants, p. 17.

(5) *Journ. général de méd.*, t. CII, 1828, p. 43.

(6) *Bulletin de la Société de Médecine*, t. X, 1821, p. 242.

(7) *Traité des maladies des enfants*, 1837, p. 479.

(8) *Lehrbuch von Gynecologie*, Bd. 251.

(9) *Anat. path.*, t. II, p. 737.

Morgagni (1), nous trouvons que les femmes des observations 3, 5, 6, 7 et 9 étaient syphilitiques; mais comme cet antécédent manquait dans les autres observations, l'accoucheur anglais reste dans le doute. Notre observation diffère de celle de Simpson : l'enfant qui en fut le sujet avait en effet deux mois de vie extra-utérine et présentait des altérations du foie; il était d'une couleur pâle, son bord libre présentait de la dégénérescence lardacée, il n'y avait pas de bile dans le vésicule. Sans vouloir affirmer que la lésion hépatique ait été le point de départ de la maladie, nous émettons cependant quelques doutes à ce sujet (2).

Avant, en effet, de considérer la péritonite fœtale intra-utérine comme une lésion syphilitique, il faut, je crois, s'enquérir avec soin de l'état des ascendants, de la santé actuelle de la mère, de la constitution médicale régnante, savoir s'il y a des fièvres puerpérales. Je ne crains pas de dire que souvent les enfants succombent avant leur naissance ou immédiatement après à la suite de péritonite, surtout lorsque la mère doit être atteinte de cette forme de la fièvre puerpérale. J'en ai rapporté des exemples dans mes leçons d'obstétrique à l'Ecole royale en 1863 et les années suivantes. On en trouve beaucoup d'exemples dans les auteurs. Mais celui qui en a rapporté les observations les plus concluantes est Lorain, dans son travail *sur la fièvre puerpérale chez le fœtus et le nouveau-né* (Paris, 1855). Je ne fais que signaler ces faits, pour éviter l'erreur à ceux qui n'auraient pas une suffisante expérience.

Après avoir passé en revue toute ces altérations, il me

(1) *De causis et sedibus morborum*. Ep. 67, § 17.

(2) A propos des lésions cirrhotiques du foie, nous trouvons dans Frerichs que, dans huit cas sur vingt-trois, cette altération était accompagnée d'ascite. Mais dans quatre on pouvait plutôt invoquer pour expliquer cette ascite la péritonite, ce qui concorderait avec notre observation.

reste à dire ce que l'observation a pu m'apprendre au sujet de leur étiologie. J'ai déjà dit mon opinion à ce sujet, je l'ai exposée çà et là dans le courant de ce travail, je ne ferais donc que des redites. Aussi me contenterai-je de dire que je considère comme syphilitiques les ulcérations du larynx et du pharynx, les altérations des fosses nasales, la dégénérescence lardacée du foie (1), les nodules isolés jaunâtres qu'on trouve dans cet organe, dans le poumon, dans la rate, la suppuration du thymus, tandis que je ne vois que des épiphénomènes dans la congestion cérébrale et méningée, la péritonite, qui n'est point symptomatique des maladies du foie, mais au contraire parfaitement indépendante, ainsi que je l'ai observé. Quant à la pneumonie lobulaire ou diffuse, à la congestion pulmonaire, à l'emphysème, je ne saurais me prononcer. Sont-ce des lésions syphilitiques, sont-ce des associations morbides, ou autre chose encore? je l'ignore. Pour ce qui est des altérations du poumon, comme elles sont considérées comme une complication fréquente de la syphilis, comme cette maladie a souvent laissé son empreinte sur ces organes, chez les enfants mort-nés, et comme les indurations pulmonaires sont considérées comme consécutives à la pneumonie lobulaire, je crois courir peu de chances d'erreur en considérant la pneumonie lobulaire au moins comme une conséquence de

(1) D'après Frerichs, la diathèse syphilitique se manifeste dans le foie sous trois formes différentes : 1^o comme hépatite interstitielle ou péri-hépatite; 2^o comme hépatite gommeuse; 3^o comme dégénérescence cirrheuse, amyloïde ou lardacée du foie. Aujourd'hui cependant Frerichs trouve dans Virchow un contradicteur sur la nature des affections syphil. constitutionnelles (*Arch. path.*, vol. XV, p. 267). Il admet comme spécifiques les deux premières altérations, mais rejette la troisième, car on la retrouve dans d'autres maladies, où elle se présente sous la forme de noyaux fibroïdes à la surface de l'organe. Il est d'autres auteurs aussi qui sont du même avis. Le professeur Sangalli l'a rencontrée chez des sujets non syphilitiques. (*Journ. d'anat. et physiol. path.*, fasc. IX, 1865.)

la syphilis. On pourrait m'opposer, il est vrai, l'extrême fréquence de cette affection chez les nouveaux-nés : ceux qui ont observé un certain nombre de nouveaux-nés ont pu se rendre compte des nombreuses victimes que fait chez eux la pneumonie. L'extrême sensibilité et irritabilité de l'organe les y prédispose, et comme cause déterminante des indurations on peut citer le séjour continuel dans la position horizontale, qui favorise l'afflux du sang dans les régions postérieures, la congestion, la pneumonie, que l'on observe en effet le plus souvent à la partie postérieure du poumon. Il est une autre cause qui influe aussi sur la production des lésions pulmonaires, ce sont les ulcérations du larynx. L'air froid qui entre et sort pendant les mouvements respiratoires irrite cet organe, devenu très-sensible, et détermine de la toux et consécutivement une irritation inflammatoire des poumons (emphysème) et l'inflammation des canaux aériens (trachée et bronches), lésion que j'ai le plus souvent vu coexister avec la pneumonie. Ainsi donc je ne suis pas en mesure de répondre d'une manière absolue à la question. J'inclinerais à admettre que la pneumonie lobulaire est très-probablement une conséquence de la syphilis, soit directe, soit consécutive à une altération du larynx ; quant à l'hépatisation plus étendue du poumon, c'est une association morbide à laquelle la syphilis prédispose en rendant les enfants plus sensibles aux variations atmosphériques, aux changements de température, à l'action du décubitus dorsal prolongé, à cette hépatisation associée à la bronchite, avec laquelle on l'observe si souvent. Je reste donc dans le doute et continue mes recherches ; espérons vivement qu'une autorité plus compétente viendra trancher la question.

VI.

Après avoir passé en revue les symptômes présentés par les enfants syphilitiques ou suspects, avoir examiné les lésions anatomiques dignes d'être notées, recherché les signes qui la font reconnaître, montré que certaines, comme celles du foie, se traduisent par des symptômes tout à fait obscurs (1), il me reste à dire quelques mots sur les altérations syphilitiques du placenta, à voir s'il est possible de

(1) Lorsque j'ai cherché à établir un rapport entre les lésions hépatiques et les symptômes présentés par les enfants, je n'y ai pas réussi, bien que la symptomatologie indiquée par Frerichs ne me fût point inconnue. Gubler (*Gaz. méd.*, Paris, 1854, n° 18) parle d'un ictère qu'on observe dans les syphilis précoces et qu'ont déjà signalé Paracelse, Mosca, Monti, Brassofole, Falloppé, Astruc, Fabre, Portal, et qu'a mis en doute Ricord. Les conclusions pratiques de Gubler sont les suivantes : 1° dans sept cas, l'ictère est survenu en même temps que les accidents cutanés; 2° dans un cas, il s'est montré comme accident précoce accompagnant une forme exanthématique; 3° la teinte peut être légère ou foncée, durant alors pendant un temps indéterminé tantôt très-court, tantôt se prolongeant pendant quinze jours et plus; 4° l'ictère peut irrégulièrement changer l'aspect des lésions et les masquer même complètement (syphilide érythémateuse et maculeuse); 5° au début, les accidents cutanés s'accompagnent toujours de trouble du côté de la digestion (anorexie, nausées, vomissements). Gubler considère l'ictère que l'on observe alors comme une première attaque de la syphilis sur le foie. Frerichs signale peu de symptômes pour les lésions syphilitiques du foie. Il parle seulement d'une douleur dans la région hépatique, douleur sourde, contusive, persistante, tantôt limitée, tantôt diffuse (symptômes qu'on ne peut observer chez les enfants), enfin de l'ictère. Pour ce qui est de la dégénérescence cirrheuse, qu'il ne veut pas considérer comme syphilitique ainsi que je l'ai dit, la symptomatologie est encore plus obscure (cachexie, anémie, gonflement du foie, sensation de pesanteur dans la région hépatique, douleurs vagues, ictère, ascite, gonflement de la rate, troubles digestifs, anorexie, dyspepsie).

reconnaître si la femme dont il provient est syphilitique, si l'enfant qui y était attaché aura la syphilis.

Si l'on réussissait à apporter quelque lumière dans cette question, pour laquelle la science a déjà fait tant d'efforts, on rendrait un service immense. Car les révélations des mères sont rarement sincères, et alors même qu'elles voudraient l'être elles peuvent ignorer leur maladie, ou ceux qui les ont séduites ne leur ont point révélé l'histoire de leur vie.

C'est à peine si nous savons le premier mot de ces altérations ; peu d'auteurs en ont fait mention, peu d'auteurs en ont observé. Il nous faut donc examiner ce qu'ils ont vu et exposer le résultat de nos propres recherches. Dans le traité d'obstétrique de Carl Braun de Vienne, p. 670, nous trouvons que Wedl a trouvé des néoplasmes conjonctifs dans le cordon de femmes syphilitiques. Le cordon était mince, mou, décoloré, et ne contenait plus de noyaux circonscrits. Sa substance était transformée en une substance granuleuse, riche en noyaux irréguliers, dont l'abondance était telle qu'ils troublaient l'eau dans laquelle on avait lavé la préparation. On y trouvait aussi de grandes cellules aplaties, allongées pour la plupart, avec un nucléole transparent, des granulations graisseuses abondantes réunies çà et là en amas. Ce fait est digne de remarque. Les néoplasies conjonctives sont fréquentes dans la syphilis, elles amènent une atrophie du parenchyme placentaire et consécutivement la mort de l'embryon. Plus loin, page 474, en parlant de l'étiologie des maladies placentaires et de l'influence de la santé de la mère sur le produit de la conception, le même auteur ajoute que les néoplasies conjonctives méritent la plus grande attention, et, au commencement de la page 639, il affirme que ces altérations ont pour cause les maladies de la mère et en première ligne la syphilis, cause si fréquente d'avortement.

Gustave Braun, dans son *Compendium d'obstétrique*, page 156, attribue à la syphilis une hyperplasie de tissu conjonctif qui amène l'atrophie du cordon et la mort de l'embryon.

Klob (*Pathologische Anatomie der Weiblichen sexual-organ*) nous dit que Rokitsansky assimile (page 556) les dépôts de la placentite aux nodules syphilitiques.

Dans mon discours clinique à l'École royale d'obstétrique de Milan (*Ann. universel. de médéc.*, fasc. de août et septembre 1864), j'ai signalé de petites nodosités à la surface du placenta, elles avaient le volume d'une tête d'épingle, elles étaient dures et résistantes à la pression. Les femmes avaient présenté des accidents syphilitiques pendant leur grossesse, fait que j'ai pu confirmer dans mon deuxième discours de 1864, p. 156. Je signalerai aussi les placentas se rapportant aux observations XXIII, XXIV, XXV, où j'ai noté une atrophie du cotylédon avec dégénérescence graisseuse. A vrai dire, nous ne savons que peu de chose sur ces altérations, il est donc difficile de faire ici la part de la syphilis. Je crois donc que ces quelques données doivent engager à poursuivre ces recherches au point de vue surtout du diagnostic des causes de l'avortement ou de l'accouchement prématuré, afin de pouvoir empêcher cette expulsion anticipée.

En tout cas le placenta peut, comme tous les autres organes, présenter des altérations syphilitiques; ce sont des néoplasmes conjonctifs, des syphilomes de Wagner, que l'on a trouvés sur les placentas de femmes syphilitiques, autant du moins que nous permettent d'en juger les écrits des deux Braun et de Klob.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

LEÇONS SUR LA SYPHILIS ÉTUDIÉE PLUS PARTICULIÈREMENT CHEZ LA FEMME, par le docteur Alfred FOURNIER.

Avec figures dans le texte, un volume in-8°, de 1,408 pages. Paris, 1873 chez A. DELAHAYE, libraire-éditeur, place de l'École-de-Médecine.

Malgré l'admirable régularité des lois auxquelles *on a fini par la forcer d'obéir*, la syphilis n'est point absolument et toujours identique à elle-même. Sous son apparente unité elle cache des variétés aussi nombreuses qu'importantes. Elle diffère d'abord selon son origine (syphiloïde de Rie-necker, syphilis héréditaire), selon les individus (syphilis faibles et fortes), selon les climats, selon l'âge, les tempéraments, les dyscrasies concomitantes, etc., et ces différences, sagacement étudiées, fournissent au praticien les plus belles occasions de se montrer médecin sous l'enveloppe du spécialiste, de révéler la puissance de l'artiste par la clairvoyance du savant.

L'un de nos plus estimés, de nos plus ingénieux, et à coup sûr notre plus laborieux collègue, M. A. Fournier, vient d'apporter à cette œuvre de méritante analyse une part capitale, en *faisant* la syphilis des sexes. J'ai écrit la syphilis des sexes; car dire ce que cette maladie est chez la femme, c'est implicitement, mais très-suffisamment dire ce qu'elle est chez l'homme. On commettrait donc une injus-

tice à l'égard du beau livre que vient de signer M. Fournier, en l'appelant une spécialité dans la spécialité. La portée de son travail est plus haute et plus vaste que le titre même ne l'indique; car en burinant les traits propres à ce mal dans l'un des deux sexes, il fait en réalité ressortir, il détermine clairement un ensemble de caractères, de modalités, dont la présence ou l'absence seront toujours on ne peut plus utiles à constater, quel que soit le sexe du sujet chez lequel on aura, soit à porter un diagnostic, soit à instituer un traitement.

Le but de l'auteur était limité, mais il a su l'agrandir : il aurait pu se borner à écrire une série de mémoires; il a fait un livre. Et quel livre! quel volume surtout : 1,108 pages! Les annales de la typographie ne signalent pas, je pense, de semblable volume. Au lieu de supposer connu le type et de dire simplement en quoi l'exception s'en écarte, il a décrit le type, c'est-à-dire la syphilis, d'une manière très-complète, en s'arrêtant pour signaler l'exception, chaque fois qu'elle apparaît; plan assurément plus méthodique, et qui nous vaut un traité classique, doublé d'une intéressante monographie.

Forcé, et dès l'abord, de nous restreindre, insistons sur les sujets plus particulièrement *féminins*. Contrairement à un préjugé bizarre, mais fort répandu, M. Fournier commence par établir — et établir chiffres en main — que le chancre primitif est très-commun chez la femme, que si on l'a jugé rare, c'est, ou bien qu'on ne l'a pas cherché, ou bien qu'on ne l'a pas su trouver, car il est très-aisé à reconnaître. Essentiellement indolent, débutant sous forme d'une insignifiante papule, demeurant circonscrit et superficiel, guérissant spontanément, laissant à peine, après lui, de trace visible, on comprend à quel point il peut se dérober à l'attention, aux souvenirs des malades, aux regards mêmes du médecin. — M. Fournier a éclairé ce sujet avec

une précision, un luxe de détails et de preuves qui ne permettent plus ni contestation ni doute. Grâce à lui, sur ce point du moins, la syphilis féminine rentre dans la loi commune.

Quant à l'*induration*, qu'un préjugé semblable déclarait très-rare chez la femme, M. Fournier démontre qu'en sachant s'y prendre pour en reconnaître l'existence, on la constate tout aussi souvent à la vulve qu'au pénis. Les préceptes qu'il donne à cet égard sont on ne peut plus dignes d'attention. M. Clerc, d'ailleurs, sur l'autorité duquel M. Fournier s'appuie loyalement, avait émis la même opinion relativement à la fréquence de l'induration. Sur ce point, — notons qu'il ne s'agit que d'induration *primitive* — nous adhérons sans réserve aucune aux conclusions de notre collègue.

A propos des différences que l'accident primitif offre sous le rapport topographique, deux variétés ont été étudiées par M. Fournier; et elles l'ont été avec le soin que méritait leur importance, tant pathogénique que clinique : Le chancre mammaire, d'abord; chancre si longtemps ignoré à cause de sa forme insidieuse, ou plutôt de sa double forme, car, ainsi que le remarque l'auteur, il paraît sous l'un ou l'autre des deux aspects suivants : 1° une lésion érosive, papulo-érosive, ou, mais plus rarement, légèrement ulcéreuse; 2° une lésion croûteuse, ecthymateuse d'aspect, analogue à ce que serait un ecthyma vulgaire, une croûte de furoncle ou de gale, par exemple. Cette description est saisissante, ce tableau est vivant, pathologiquement vivant, s'entend. Pourquoi néanmoins faut-il qu'on y cherche en vain une mention des travaux de M. Rollet, de celui-là justement qui a donné au chancre mammaire le nom de *chancre* ?

Un autre chancre qui, selon la juste et pittoresque expression de M. Fournier, a toutes les chances de passer inaperçu, c'est le chancre du col utérin. Ordinairement unique, limité, sans forme spéciale, indolent, peu sécrétant, échappant

pant au palper, simplement papuleux, on comprend que, malgré sa fréquence relative, il ait pu, jusqu'ici, passer pour un accident tout à fait exceptionnel. Mais son signalement aujourd'hui donné, et donné de main de maître, il rentre dans la loi commune, et la poursuite de ce dangereux malfaiteur devient, grâce à M. Fournier, aussi sûre que facile.

Arrivons à la période secondaire. Ici M. Fournier a fait sa meilleure récolte. Vu la constitution spéciale au sexe féminin, vu les conditions hygiéniques et sociales qui lui sont faites dans nos mœurs, certains troubles, ou plutôt les lésions de certains systèmes organiques, devaient avoir, chez lui, une prédominance notable. S'emparant en maître de ce point de vue, notre auteur a réalisé le moyen de porter l'analyse et la recherche beaucoup plus loin que ne l'avaient fait ses prédécesseurs, lesquels étudiaient la syphilis en bloc, sans acception de sexe, ou plutôt exclusivement sur le sexe masculin. « Cherchez la femme ! » disait et répétait un grand criminaliste. Véritable juge d'instruction dans la guerre qu'il déclare au fléau napolitain, M. Fournier s'est souvenu de cette maxime, et elle l'a mis sur la voie de déterminations du plus haut intérêt, de découvertes réelles dont la médecine pratique aussi bien que la science profiteront. La richesse de la moisson nous interdisant de compter les gerbes, nommons seulement les chapitres, dès à présent classiques, sur les *affections secondaires du système locomoteur*, sur les *affections secondaires du système nerveux*, sur la *fièvre syphilitique*, auxquels on peut ajouter, bien que celui-ci n'offre rien de bien particulier à la femme, le mémoire si savamment élaboré sur les *ophthalmies secondaires*.

Le tableau, l'inventaire des lésions syphilitiques est donc plus chargé chez la femme que chez l'homme ? Mais le nombre fait-il la force ? En d'autres termes, résulte-t-il de là

que la syphilis crée chez la femme plus de dangers, constitue chez la femme un état plus sérieux que chez l'homme? Ceci est une tout autre question; et, pour la traiter, pour la résoudre, M. Fournier fait appel à toutes les ressources de son esprit à la fois sagace et observateur. Sans nier les cas de vérole qu'on voit être aisément, presque impunément tolérée par l'organisme féminin, il admet que, non-seulement la chloro-anémie résulte de la syphilis, mais que l'asthénie, seule ou unie à la chloro-anémie, peut en être aussi la conséquence: et il consacre une longue et délicate étude à faire ressortir les traits caractéristiques de ce dernier état, de cette asthénie, d'autant plus digne d'attention qu'elle peut rendre plus dangereuses, plus malignes, les maladies aiguës intercurrentes, et ouvrir la porte à des diathèses (parmi lesquelles, il faut l'avouer, nous avons été un peu surpris de voir figurer l'herpétisme). Cette distinction entre l'anémie et l'asthénie a imposé beaucoup de recherches à M. Fournier. Oserai-je ajouter qu'elle me paraît lui avoir aussi coûté quelques efforts? Faute de pouvoir ici la développer, je dois borner ma critique à ces mots qui, sans exprimer positivement une dissidence, impliquent cependant une réserve.

Je passe, à mon grand regret, sur des trésors de fine et précise observation, sur l'indication des désordres viscéraux, des troubles de la nutrition, de l'état fébrile qu'engendre la syphilis, description qui en apprendra beaucoup, même à ceux qui se figurent n'avoir plus rien à apprendre. Je ne fais non plus que mentionner le chapitre sur l'influence que la conception et que la grossesse reçoivent d'une syphilis contractée, soit antérieurement, soit postérieurement à la fécondation, et j'arrive à une conférence vraiment admirable sur les écueils qui, très souvent, chez la femme, peuvent faire méconnaître l'existence de la vérole. Que le sujet ne se soit pas aperçu de son

chanere, que celui-ci ne laisse aucune trace perceptible au moment de l'examen, qu'on ait intérêt à le nier et qu'on le nie, ce sont là des éléments d'obscurité ou d'erreur contre lesquels tout le monde est en garde. Mais un autre point non moins important ressort des investigations cliniques de M. Fournier : c'est que la syphilis engendre chez la femme tant de symptômes d'ordre commun, j'entends tant de symptômes dépourvus de tout caractère spécifique, que très-souvent le médecin appelé à traiter l'un de ces symptômes, une fièvre, une névrose, une cardialgie, est exposé à ne pas rapporter l'accident à sa véritable source, à lui refuser, par conséquent, son seul moyen de guérison. C'est là une nouvelle page des *métamorphoses de la syphilis*, qui ne nous fait point oublier leur premier chantre si bien inspiré, notre cher Yvaren, mais qui ajoute aux anciens indices la précieuse révélation de désordres plus fugaces, tels qu'il appartenait à la science moderne de les découvrir et de les signaler. Tout praticien, je le répète, doit lire ces pages. Quand un vétéran tel que celui qui signe cette analyse, spécialiste depuis trente ans, déclare y avoir beaucoup appris, il a la fierté de croire que ce franc aveu constitue une recommandation de quelque valeur.

J'ai lu, on le comprendra, sous une impression un peu différente, quoique avec non moins d'intérêt, les derniers chapitres du livre, chapitres où l'auteur, s'en tenant résolûment aux anciens dogmes, nie d'abord la possibilité de prévoir, d'après ses premières manifestations, si telle syphilis sera faible ou forte, puis préconise impérativement le mercure pour tous les cas de syphilis. Si, sur ces deux points, le désaccord entre M. Fournier et moi est complet, je n'en rends pas moins justice au talent avec lequel il a développé les motifs à l'appui de son opinion. Plusieurs de ses arguments ont, à mes yeux, une valeur sérieuse ; et je comprends l'impression décisive que, présentés par un profes-

seur aussi maître de son auditoire que de son sujet, ils ont dû produire. Je n'essayerai point de lutter par le journal contre la chaire. L'un et l'autre de ces deux modes ont, à mon avis, l'inconvénient de ne pas donner de garanties suffisantes aux répliques immédiates que comporte la discussion contradictoire. Est-ce parce que j'ai parfois professé moi-même que, sous ce rapport, je me défie du professeur ? Peut-être ; et sans accuser, sans désigner personne, il m'est bien permis de dire que, sûr de parler seul, à l'abri de toute opposition, le professeur sera plus aisément entraîné, soit à colorer, à préciser outre mesure sa propre opinion, soit à forcer un peu celle qu'il prête à ses adversaires (1). J'avais espéré un genre de solution plus conforme aux droits de la science ; j'avais donné à M. Fournier un autre rendez-vous. Il est facile à chaque camp d'invoquer un certain nombre de cas authentiques, bien avérés, comme exemples, soit de l'impuissance du mercure, soit, au con-

(1) A titre d'exemple seulement, et sans aucune intention récriminatrice, citons le reproche que M. Fournier adresse à l'un des *partisans* de la loi de concordance entre l'origine et l'intensité de la syphilis. Ce *partisan*, dit M. Fournier, commence par insister sur « la bénignité relative de la syphilis transmise par des lésions secondaires... Puis, comme corollaire bien inattendu, ajoute M. Fournier, il signale plus loin la gravité particulière que prend la syphilis chez les nourrices infectées par leurs nourrissons. S'il est cependant une syphilis qui dérive d'une contagion secondaire, n'est-ce pas celle des nourrices ? ».

Elle dérive d'une contagion secondaire, oui sans doute ; mais elle résulte d'un contagium *d'origine congénitale*. Or M. Fournier n'ignore pas que le *partisan* auquel il fait allusion a publié un volume dont l'idée principale est que le contagium syphilitique d'origine congénitale possède, comme tel, une force supérieure à celui de la syphilis ordinaire. Que cette idée ne soit pas partagée par M. Fournier, cela est fort possible ; mais si, en la taxant d'ironie, il reste dans son droit, il n'est point autorisé à accuser, pour cela, d'inconséquence, son auteur, qui continuant, lui, à y croire, ne saurait voir dans la *forme* d'accident secondaire, sous laquelle se présentent les lésions de syphilis congénitale, un motif pour nier leur gravité supérieure. P. D.

traire, du danger qu'il y a à l'omettre. L'on n'y a pas manqué. De part et d'autre la chose a été faite. Mais que prouve un semblable procédé ? Ces faits sont frappants — et on ne se gêne d'aucun côté pour les choisir tels — ces faits sont frappants ; mais la statistique seule *serait* décisive, une statistique où il pourrait être tenu compte non de quelques cas, mais de tous les cas recueillis pendant une période donnée.

J'ai cherché à procéder ainsi, au Congrès médical de Lyon, dans ma statistique relative aux effets du traitement mercuriel précoce dans la syphilis ; et l'on se rappelle peut-être à quels résultats assez inattendus, mais difficilement contestables m'a conduit le dépouillement de 79 faits, résumé complet de ma pratique de six mois. Eh bien ! si M. Fournier, libre de venir parmi nous, avait, de son côté, apporté un semblable contingent, je ne doute pas que, confirmant ou infirmant mes données, il n'eût exercé sur la solution du problème une très-grande influence. Mais cet appel, qu'il ne lui a pas été possible d'entendre alors, je l'adresse de nouveau à mon cher et estimé collègue, persuadé qu'il comprendra au moins aussi bien que moi la nécessité de substituer enfin la statistique aux affirmations doctrinales, quelque autorisées que soient celles-ci, quelque légitimées même qu'elles puissent paraître aux yeux de la foule, par l'exhibition d'observations triées à dessein.

Mais bornons là cette conversation, qui ne saurait être prise en mauvaise part par mon aimé correspondant, et fermons son précieux livre, non sans avoir recommandé encore, et d'une manière toute spéciale, aux *praticiens* les sages et minutieux préceptes que donne l'auteur dans le but de tirer de l'administration du mercure tout le parti thérapeutique possible. Ceci est neuf ; et, on peut le dire, quand c'est signé A. Fournier, ce ne peut être que vrai et utile.

P. DIDAY.

DICTIONNAIRE DES PRATICIENS (TABLE ANALYTIQUE DU JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUE, en 2 vol., de 1830 à 1869).

MM. Just et Paul-Lucas Championnière viennent de donner une seconde édition de la *Table analytique de la première série du journal de Médecine et de Chirurgie pratiques* (de 1830 à 1849) et l'ont complétée par la publication de la *Table analytique de la deuxième série* du même journal (de 1850 à 1859). Aucun ouvrage ne mérite mieux le nom de *Dictionnaire des praticiens*, que lui ont donné ses auteurs, et nous en recommandons vivement la lecture. Le *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques* n'a pas besoin qu'on fasse son éloge, et l'on peut juger, par la place honorable qu'il occupe dans la presse médicale, de l'importance d'une publication qui donne sous une forme succincte et complète l'analyse de tous les articles qui y ont paru et l'indication des ouvrages qui y ont été analysés. Un formulaire de quelques substances très-employées et la concordance des mots du dictionnaire avec les articles du journal ajoutent encore à la valeur de cette *Table analytique*. Les lecteurs de nos *Annales* en particulier pourront y suivre l'évolution considérable accomplie depuis quarante ans dans la syphiligraphie et la dermatologie. Nous leur indiquons comme particulièrement intéressants au point de vue pratique et même théorique les articles : *ulcères, blennorrhagie, syphilides*, dans le premier volume; et les articles : *gale, chancre, orchite, prurit, scrofule, syphilis, vaccine, vaginité*, dans le deuxième.

H. C.

**DIAGNOSTIC DES MANIFESTATIONS SECONDAIRES
DE LA SYPHILIS SUR LA LANGUE, par le docteur
B. SAISON.**

Voici les conclusions de ce travail telles que l'auteur les a formulées :

1° La période secondaire de la syphilis ne se manifeste pas seulement sur la langue par les plaques muqueuses.

2° Outre la syphilide tuberculeuse et ulcéreuse, on peut encore y faire rentrer certaines lésions que j'ai appelées *lésions tardives intermédiaires*.

3° Dans la plupart des cas, le diagnostic des syphilides de la langue peut être fait à l'aide des signes objectifs seuls, indépendamment des antécédents et des affections concomitantes.

4° On pourrait peut-être réunir dans un même cadre, sous le nom de manifestations dartreuses sur la langue, le pityriasis, le lichen et le psoriasis.

5° Enfin, peut-être ce qu'on a décrit sous le nom de *plaques des fumeurs* n'est-il autre chose que ces manifestations dartreuses, entretenues et compliquées par l'usage du tabac.

**ESSAI SUR L'ADÉNOME SUDORIPARE, par le docteur
J.-A. JOURDAN.**

L'adénome sudoripare, entrevu par Führer, d'Iéna, n'a pris rang dans la science que depuis le mémoire de M. Verneuil. C'est à ce savant professeur de la Faculté de Paris que revient l'honneur de nous avoir révélé toute une classe de tumeurs hypertrophiques, méconnue jusqu'à ce

jour; d'avoir différencié nettement ces lésions des productions cancéreuses avec lesquelles on les avait confondues.

C'est en se basant sur le mémoire de M. Verneuil, et sur les observations publiées depuis dans les journaux de médecine, que M. Jourdan a tracé l'histoire de l'adénome sudoripare.

Les altérations que l'auteur se propose d'étudier appartiennent à l'hypertrophie, au genre que M. Broca appelle *hypertrophie élémentaire ou irrégulière*, c'est-à-dire celle qui porte principalement sur quelques-uns des éléments des organes malades.

Dans un chapitre étendu, consacré à l'anatomie pathologique, M. Jourdan fait parfaitement ressortir les trois formes ou variétés en lesquelles il divise l'hypertrophie simple des glandes sudoripares.

Dans la première variété, dite *kystique*, il se produit, ainsi que l'a observé M. Verneuil, un étranglement sur la longueur du tube glandulaire et le liquide sécrété, s'accumulant, distend les parties les moins bridées par les tissus voisins.

De distance en distance, d'autres étranglements se produisent et donnent lieu ainsi à une série de kystes affectant la forme de grains de chapelet. La cavité de ces kystes renferme un liquide jaunâtre, transparent et filant, comparable quelquefois à la sérosité de certaines phlyctènes. La paroi épaissie, fibreuse et résistante, est tapissée de cellules extrêmement petites d'épithélium pavimenteux, ressemblant à de l'épithélium nucléaire. En quelques points, elles sont plus développées.

Dans la deuxième variété, dite *hypertrophie générale simple*, les tubes sudorifères présentent des culs-de-sac de nouvelle formation. Au début, ces culs-de-sac sont de simples dilatations qui donnent au tube sudorifère un aspect

varieux. Mais peu à peu ces culs-de-sac s'accroissent indépendamment les uns des autres, s'isolent et prennent enfin une forme tubuleuse. Ces tubes demeurent quelquefois simples, mais le plus souvent ils deviennent eux-mêmes des axes de bourgeonnement, et sur leurs parois se forment, de la même façon que pour le canal principal, des diverticulums quelquefois si nombreux qu'on croirait avoir sous les yeux un lobule de glande en grappe. L'épithélium renfermé dans les culs-de-sac de nouvelle formation diffère de l'épithélium normal par la quantité et par le mode de groupement des cellules. Celles-ci sont, en effet, le siège d'une hypergénèse quelquefois considérable. Elles affectent, de plus, une forme elliptique et sont disposées de telle sorte que leur grand axe est perpendiculaire à la paroi. La paroi des tubes sudorifères et celle des culs-de-sac ne change pas de nature le plus souvent.

Enfin, dans la troisième variété, dite *hypertrophie générale avec mélange ou infiltration de cellules d'épiderme cutané*, on trouve des tubes hypertrophiés avec appendices digitiformes, des culs-de-sac libres, comme précédemment. Mais, à côté, il existe, dans ces dilatations glandulaires et dans ces tubes de nouvelle formation, des cellules et des globes épidermiques. Ce n'est là, en réalité, qu'un degré plus avancé de l'altération des glandes sudoripares.

L'adénome n'affecte pas toujours des formes aussi tranchées que semblerait le faire croire l'étude qui précède. Le plus souvent on rencontre dans la même tumeur deux et quelquefois les trois formes.

Au point de vue des symptômes, l'adénome sudoripare ne présente pas de caractère pathognomonique. En présence d'une tumeur de la peau, on peut soupçonner l'existence de cette lésion. L'adénome varie de la grosseur d'un pois à celle d'une tête de fœtus. Arrivé à un moyen état de développement, il peut s'ulcérer, et, dès lors, il offre la plus

grande analogie avec le cancroïde. M. Verneuil a donné les deux caractères différentiels suivants : dans le cancroïde épithélial, les bords de l'ulcération sont végétants ; dans l'adénome sudoripare, ils semblent taillés à l'emporte-pièce.

Dans le chapitre diagnostique, l'auteur établit surtout le diagnostic différentiel de l'adénome sudoripare avec le cancer de la peau et le cancroïde.

L'étiologie et la terminaison méritent de nous arrêter un instant. L'hérédité ne semble jouer aucun rôle dans la production de cette lésion. Le lupus, les verrues molles, le chancre simple, les ulcérations résultant de l'ouverture d'un bubon chancreux, sont quelquefois le point de départ d'adénomes sudoripares. Mais il faut admettre, dit M. Jourdan, une diathèse particulière sous l'influence de laquelle se manifestent ces hypertrophies glandulaires, diathèse qu'il appelle *partielle*, avec M. Broca, c'est-à-dire n'atteignant qu'un organe ou un système d'organes semblables.

Au point de vue de la terminaison, l'adénome non opéré conduit très-rarement à la cachexie. La tumeur, quoique extirpée complètement, se reproduit quelquefois.

M. Jourdan appelle, avec M. Broca, cette récurrence, *récidive par repullulation*. La récurrence peut se faire dans des glandes sudoripares voisines de la tumeur primitive, mais dont l'altération n'était pas assez avancée au moment de l'opération pour être reconnaissable à l'œil nu : c'est la *récidive par continuation*. Enfin, l'auteur, en se basant sur une observation très-rigoureuse et sur les faits de transformation d'autres tumeurs, n'est pas éloigné d'admettre que l'adénome sudoripare peut se transformer en carcinome.

D^r COURTAUX.

REVUE DES JOURNAUX.

DU TRAITEMENT DE LA SYPHILIS, D'APRÈS LE RAPPORT DE LA
COMMISSION NOMMÉE PAR L'AMIRAUTÉ ANGLAISE, PAR M. EDGE-
COMBE VENNING.

Les lords-commissaires de l'amirauté anglaise ont nommé en 1864 un comité médical chargé d'étudier la pathologie et le traitement des maladies vénériennes, et lui ont particulièrement demandé son avis sur les questions suivantes :

Le mercure doit-il être employé dans tous les cas de syphilis sans distinction ?

Quelle est la proportion et la nature des cas dans lesquels son administration est utile ou nécessaire ?

Dans le cas où la première question serait résolue négativement, quelle est la proportion et la nature des cas d'affections primitives et secondaires dans lesquels on peut s'en dispenser entièrement, en caractérisant, s'il est possible, la nature de la maladie dans laquelle le traitement mercuriel n'est pas indiqué ?

Quels sont les remèdes les plus propres à combattre l'action nuisible du mercure sur l'économie ?

Enfin quels sont les moyens pratiques, pouvant être adoptés sur les vaisseaux et dans les casernes, que le comité pourra suggérer aux autorités navales et militaires pour diminuer la fréquence de la contagion des maladies vénériennes ?

Le comité a fait cette enquête et en a publié le résultat en 1867. Il a mis à contribution les opinions d'un grand nombre de praticiens très-autorisés du Royaume-Uni, et même de l'étranger; reconnaissons tout de suite que, sur les questions doctrinales, et même sur la partie thérapeutique, l'accord est loin d'exister entre eux; mais ce rapport, analysé et habilement commenté par M. Edgewcombe Venning, n'en est pas moins intéressant à connaître, en nous renseignant assez exactement sur les idées ayant cours en syphiligraphie chez nos voisins d'outre-Manche.

Deux questions doctrinales ont d'abord été discutées. La dualité des virus n'a point été admise par tous; l'existence de deux sortes d'ulcères *localement* différents a bien été reconnue, presque sans opposition, mais lorsqu'il s'est agi de savoir si l'un d'eux seulement était infectant, l'accord n'a plus été le même, bien que la majorité se soit prononcée en faveur de la dualité. Parmi les opposants, les uns disent que « le chancre mou n'est jamais suivi d'accidents constitutionnels, à moins qu'il ne subisse une modification. » Mais, fait remarquer M. Edgewcombe Venning, cette modification ne peut être qu'une inoculation syphilitique altérant jusqu'aux caractères locaux (chancre mixte). D'autres admettent que le chancre mou n'est qu'un chancre syphilitique dégénéré, à virus trop ancien pour avoir son activité première, ou bien que la constitution du sujet décide si la contagion sera locale ou générale. Nous ne croyons pas devoir discuter de nouveau ces opinions, si souvent rejetées par l'école de Lyon.

Peut-on toujours distinguer la forme infectante de la forme non infectante de l'ulcère? Ici les avis sont encore plus partagés, tout en faisant une grande part à l'engorgement ganglionnaire double et indolent pour le diagnostic; M. Paget va même jusqu'à regarder l'induration des ganglions comme aussi importante que celle du chancre.

La majorité s'est également prononcée en faveur de la contagion des accidents secondaires; mais quelques voix autorisées se sont énergiquement prononcées dans un sens opposé. Ainsi M. W. Fergusson croit « qu'il n'y a pas de danger à laisser circuler dans une ville une femme atteinte de syphilis secondaire » et M. Acton « affirme qu'il n'est pas possible de communiquer la syphilis dans ces conditions. »

Passant à la partie du rapport qui est relative à la thérapeutique, M. Edgcombe Venning l'analyse en donnant ses réponses aux trois questions suivantes :

1^{re} Faut-il administrer le mercure dans toutes les formes d'ulcères primitifs ?

La plupart des praticiens cités donnent le mercure au moins dans les cas d'ulcères infectants ; cinq seulement ne l'emploient jamais à cette période ; plusieurs le donnent indistinctement dans tous les cas.

2^{re} Le mercure est-il utile dans une forme particulière d'ulcère primitif ? et, si cela est, sous quelle forme faut-il l'administrer ?

La majorité, ainsi que nous venons de le voir, s'est prononcée en faveur du traitement mercuriel dans les cas de chancres indurés ; un chirurgien de l'armée de Bombay, M. Stewart, ne regarde comme justiciable du mercure qu'un ulcère de couleur cendrée qui, d'après lui, serait plus fréquemment suivi dans les Indes d'accidents secondaires. Il nous semble qu'on s'exagère un peu en Angleterre l'effet du mercure sur le chancre induré : nous voyons M. Acton affirmer que le mercure empêche l'éclosion de la syphilis constitutionnelle ; d'autres, tels que M. Paget, croient qu'il diminue l'induration chancreuse et arrête l'absorption du virus plus ou moins complètement. Quant au choix des préparations, nous voyons que les pilules bleues sont les plus employées ; puis viennent les frictions, les fumigations, le mercure associé à la craie, les pilules de Plum-

mer ; enfin le bichlorure et le proto-iodure hydrargyriques, employés chez nous, n'ont compté chacun qu'un partisan.

3° Le mercure est-il utile à la période secondaire de la maladie, ou bien y a-t-il quelque autre agent thérapeutique qui donne de meilleurs résultats, soit seul, soit combiné avec le mercure ?

Le mercure, sous forme de bichlorure ou de fumigations, est adopté par la majorité des praticiens cités ; un très-petit nombre emploie à la seconde période l'iodure de potassium, réservé le plus souvent pour les affections tertiaires.

Le traitement sans mercure, soutenu par quelques voix, a été vivement attaqué par d'autres : « J'ai vu, dit M. Lawrence, des chancres laissés sans traitement, mais qui ne m'ont point du tout engagé à répéter l'expérience. » Nous sommes étonné, par contre, de voir ce chirurgien, ainsi que M. Paget, attacher une grande importance à la méthode abortive, complètement délaissée en France.

Enfin la syphilisation elle-même a compté trois partisans, dont deux étrangers, MM. Boeck, de Christiania, et Bidentap, chirurgien de l'armée norvégienne. Les résultats observés n'ont point paru à M. Edgecombe Venning suffisants pour permettre de reprendre avec quelque profit une méthode tombée chez nous dans un oubli mérité.

(*Saint-Georges Hospital's Reports.*)

DE LA PATHOLOGIE DE LA LÈPRE AVEC UNE NOTE SUR L'ISOLEMENT
DES LÉPREUX DANS L'INDE, mémoire envoyé à la *Royal
Medical and surgical Society de Londres* par
H. V. CARTER.

M. Carter, chirurgien de l'armée de Bombay, a observé la lèpre dans l'Inde, de 1860 à 1871. Cette maladie y est

très-fréquente, puisqu'on trouve un lépreux sur mille habitants environ. La peau y présente deux formes de lésions : les tubercules et les plaques atrophiques se rapportant à la maladie connue chez les anciens Grecs sous le nom de *zencé*. Quant aux lésions nerveuses, l'auteur les regarde comme constantes et seules caractéristiques de la lèpre ; elles portent spécialement sur les nerfs sensitifs, et dans les nerfs mixtes semblent respecter les éléments moteurs d'une façon à peu près absolue ; en admettant des nerfs trophiques unis aux filets sensitifs et intéressés en même temps qu'eux, M. Carter peut rattacher commodément les altérations cutanées aux lésions nerveuses. Nous n'insistons pas sur la nature de ces lésions, bien étudiées ces dernières années, particulièrement par Virchow, et à la description desquelles le travail de M. Carter ajoute peu de notions nouvelles.

Quant à l'étiologie, l'hérédité est incontestablement la cause la plus puissante et la plus évidente, dans l'Inde particulièrement : dans ce pays, en effet, où la population est divisée en castes parfaitement isolées, et dont les membres ne se marient qu'entre eux, on peut facilement constater que la lèpre sévit dans certaines races avec une bien plus grande fréquence. La contagion serait possible, mais les faits concluants font défaut : toutes les autres influences doivent être rejetées. La nature de la lèpre semble en contradiction avec l'idée d'une altération sanguine primitive ; M. Carter serait plutôt disposé à la rattacher à des anomalies dans le développement de certains tissus cutanés, anomalies transmises probablement par hérédité.

Enfin, se fondant sur l'extinction de la lèpre européenne par les léproseries du moyen âge, et sur l'étiologie de cette affection dans l'Inde, M. Carter propose l'isolement des lépreux comme moyen prophylactique seul efficace et d'une urgence incontestable, dans un pays où cette affection cause

de grands ravages, est fixe depuis longtemps et ne montre aucune tendance à diminuer.

(*The Lancet*, 5 avril 1873.)

LEÇON CLINIQUE SUR LE PITYRIASIS RUBRA ET LE PITYRIASIS PILARIS, par TILBURY FOX. !

Après avoir bien limité le sens du mot pityriasis et l'avoir nettement distingué des desquamations secondaires de causes diverses, M. Tilbury Fox fait l'examen clinique d'un malade affecté d'un pityriasis rubra d'une généralisation extrême allant jusqu'aux muqueuses (conjonctives, pharynx, etc.), sans origine diathésique appréciable, et qu'il a considérablement amélioré par une médication tonique. Le malade présente en certains points, et particulièrement sur le tronc, une affection des follicules pileux que l'auteur rattache au pityriasis pilaris de Devergie. M. Tilbury Fox croit que, contrairement à l'opinion de plusieurs dermatologistes français, le pityriasis pilaris dépend toujours d'une affection cutanée de même nature coïncidente ou antérieure, et que le psoriasis palmaire ou général doit, dans ces cas, être mis hors de cause.

Quelle est la nature du pityriasis rubra ? C'est une maladie essentiellement caractérisée par une desquamation abondante, consécutive à une congestion cutanée ; quant à cette dernière, M. Fox la rattache à un trouble dans l'innervation du grand sympathique, comme dans le lichen ruber ; mais dans le pityriasis, ce sont les réseaux capillaires de la peau qui sont intéressés, tandis que dans le lichen, ce sont les parties profondes des follicules pileux.

Le pityriasis rubra peut être confondu avec l'eczéma, le pemphigus, le psoriasis. Les deux premières affections s'en

distinguent très-facilement par leur caractère humide ; mais pour le psoriasis, la chose est moins aisée ; on a pourtant les caractères suivants : 1° généralisation fréquente du pityriasis, localisation et lieux d'élection particuliers dans le psoriasis ; 2° congestion intense mais sans épaissement de la peau, même après plusieurs mois, dans le pityriasis ; hypertrophie sensible au toucher et rapide dans le psoriasis ; 3° desquamation secondaire à l'hyperhémie dans le pityriasis, primitive par altération des couches superficielles de la peau dans le psoriasis.

Quant au traitement, M. Tilbury Fox rejette l'arsenic, dont il ne voit pas l'utilité au point de vue théorique, et qui, dans sa pratique, ne lui a donné que de mauvais résultats. Il insiste sur une nourriture fortifiante et sur des médicaments toniques (fer, quinine, etc.), destinés à réveiller l'action du grand sympathique. En dernier lieu, il faut surveiller les fonctions digestives et sécrétoires, et administrer des diurétiques si l'urination se fait mal. (*Medical Times and Gazette*, 10 mai 1873.)

D^r H. COUTAGNE.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

Origine de la syphilis, par E. Bassereau ; chez J. Bailière. Paris, 1873.

Étude sur les chancres du col utérin, par Ch. Schwartz ; chez A. Delahaye. Paris, 1873.

Syphilis secondaire et tertiaire du système nerveux, par A. Mayaud ; chez A. Delahaye. Paris, 1873.

TABLE

DES MATIÈRES DU TOME QUATRIÈME

1872—1873

A

Adénopathies secondaires de la syphilis, par A. Fournier.....	3
Adénopathie inguinale tertiaire; lymphangiome gommeux, par Verneuil.....	100
Affections syphilitiques précoces du système osseux, par M. Mauriac.....	140
Altération du système osseux chez les nouveaux-nés atteints de syphilis, par Parrot.....	136
Absorption de l'onguent gris et du sublimé par la peau, par Neumann.....	230
Adénopathies syphilitiques, par R. Campana.....	231
Affection (cas d') syphilitique de la troisième paire produisant de la mydriase, avec ou sans ptosis, par V. de Méric.....	311
Affections (Des) viscérales de la syphilis héréditaire, par E. Lancereaux.....	321
Accidents épileptiformes de nature syphilitique chez un nouveau-né, par Lepileur.....	431

B

Blennorrhagie (Bougies médicamenteuses dans le traitement de la), par Lorey.....	34
--	----

Baréty. — Observation d'irido-cyclite syphilitique.....	44
Buste de M. Bazin.....	80
Bourdon. — Gommès inguinales syphilitiques.....	95

C

Charpy. — Lichen hypertrophique.....	26
Cachexie syphilitique. — Irido-cyclite (Observation d'), par A. Baréty.....	44
Contribution à l'étude de la syphilis constitutionnelle ayant pour accident initial le chancre mou, par E. Vidal.....	81
Chancrelle (Observation de) de la bouche, par P. Diday.....	92
Clermont. — Bibliographie.....	104
Coutagne. — Bibliographie.....	110
Casati. — Syphilis infantile..... 123, 206, 290 et	435
Chancres du doigt, par Tirard.....	134
Collodion dans le zona.....	239
Congrès médical de Vienne.....	318
Chancres phagédéniques (Traitement des) par l'irrigation conti- nue, par Hutchinson.....	395
Contribution à l'anatomie du xanthoma des paupières, par Ge- her et Simon.....	399

D

Diday. — Chancrelle de la bouche.....	92
Dermatologie (Étude sur la), par Duhring. — Traduction.....	111
Diday. — Observation de chancre et bubon mixtes.....	359
Diday. — Observation de bubon d'emblée chancrelleux.....	423
Dictionnaire des praticiens, par J. et Lucas Championnière; analyse par H. Coutagne.....	
Diagnostic des manifestations secondaires de la syphilis sur la langue, par Saison.....	464

E

Emploi (De l') des bougies médicamenteuses dans le traitement de la blennorrhagie, par G. Lorey.....	34
Érythème multiforme (Sur l') d'Hebra, par E. Lipp.....	157
Étude sur les végétations, par le Dr Aimé Martin.....	161 et 268
Eczéma des paupières, par le Dr J. Gayat.....	363

TABLE DES MATIÈRES.

477

Érysipèle scrofuleux (De l'), par Courbon ; analyse, par H. Cou- tagne	389
Érysipèle, efficacité et mode d'emploi du collodion par M. Broca.	392
Essai sur l'adénome sudoripare, par Jourdan.....	464

F

Fournier. — Voir Adénopathies secondaires de la syphilis	5
Fournier. — Ophthalmies profondes de la syphilis dans la pé- riode secondaire.....	249
Fournier. — Leçons sur la syphilis, etc.....	455

G

Gommes inguinales syphilitiques, observations par L. Bourdon.	95
Gayat. — De l'eczéma des paupières.....	363

H

Hebra (Maladies de peau), analyse par Le Bret.....	54
Hydrate de chloral dans l'eczéma chronique.....	239
Horand. — Note pour servir à l'histoire du pemphigus aigu fébrile	401

I

Ichthyose de la langue, par F. Clartie.....	77
Index bibliographique.....	78, 240, 320 et 400
Inoculabilité des pustules d'ecthyma, par Vidal.....	350
Injection iodo-phénique contre les écoulements chroniques, par Bays	391

J

Jourdan. — Essai sur l'adénome sudoripare.....	464
--	-----

L

Lichen hypertrophique (Nature du), par Charpy.....	26
Loroy. — Bougies médicamenteuses dans la blennorrhagie....	34
Le Bret. — Analyse des maladies de peau de Hebra.....	54

Lèpre tuberculeuse (Traitement de la), par Tilbury Fox.....	77
Lupus éphémomateux des extrémités, par Busch.....	237
Lésions syphilitiques de la rate chez les nouveaux-nés, par Parrot.....	398
Leçons sur la syphilis étudiée plus particulièrement chez la femme, par A. Fournier; analyse, par M. P. Diday.....	455
Lancereaux. — Des affections viscérales de la syphilis héréditaire.....	321
Lepileur. — Accidents épileptiformes de nature syphilitique chez un nouveau-né.....	431
Lorey. — Des bougies médicamenteuses dans le traitement de la blennorrhagie.....	34

M

Martin — Étude sur les végétations.....	161 et 268
Méningite syphilitique (Observation de), par A. Poncet.....	185
Moustapha-Faid. — Des troubles de la sensibilité dans la syphilis, etc.; bibliographie, par Gripat.....	223
Moyen clinique de reconnaître le mercure dans les excréments, etc., par Mayençon et Bergeret.....	380
Molluscum contagiosum, par Ferrier.....	400

N

Non-identité de la variole et de la varicelle, par A. Rodet....	21
Nature du lichen hypertrophique, par A. Charpy.....	26
Nævus nerveux, par Th. Simon de Hambourg.....	142
Neumann. — Altérations de la peau chez le vieillard.....	191

O

Ophthalmies profondes de la syphilis dans la période secondaire, par A. Fournier.....	249
Observation de chancre et bubon mixtes, par P. Diday.....	359
Observations (Trois) de paralysie syphilitique, par Guitard....	390
Observation de bubon d'emblée chancereux, par Diday.....	423

P

Poncet. — Observation de méningite syphilitique.....	185
Peau (Altérations de la) chez le vieillard, par J. Neumann....	191

TABLE DES MATIÈRES.

479

Phthiriasis (Note sur un signe diagnostique du), par Tilbury Fox.	228
Pemphigus aigu fébrile (Note pour servir à l'histoire du), par Horand.....	401
Pathologie de la lèpre et isolement des lépreux, par Carter...	471
Pityriasis rubra, etc. (Leçon clinique sur le), par Tilbury Fox.	473

R

Rodet. — Non-identité d'origine de la variole et de la varicelle	21
Revue des sciences médicales, etc., par Hayem.....	227
Recherches expérimentales pour servir à l'histoire des maladies vénériennes chez les animaux, par Horand et Feuch, analyse par Courtaux.....	381
Rhinosclérome (Sur la nature du), par Geber.....	399

S

Syphilis infantile (Études et observations sur la), par G. Casati. — Traduction par D. Mollière.....	123, 206, 290 435
Syphilis, etc. (Contribution à l'étude de la), par E. Vidal....	81
Syphilis, etc. (Contribution à l'étude de la), par E. Vidal....	180
Silicate de soude dans quelques affections vénériennes, par M. Sée.....	241
Syphilis (La) dans ses rapports avec le mariage, par É. Langlebert; analyse, par P. Diday.....	298
Sulfo-carbolate de zinc dans le prurit de la vulve.....	391
Syphilis (Ancienne); hémiplégie gauche; mouvements choréiformes, etc., par M. Morat.....	593
Syphilis secondaire; hémiplégie gauche, etc., par M. Schutzenberger.....	396
Syphilis (La), sa nature et son traitement, par M. Drysdale..	399
Saison. — Diagnostic des manifestations secondaires de la syphilis sur la langue.....	464

T

Treatise (A) on Syphilis; analyse, par H. Contagne.....	106
Tricoptilose et trichlorose, par Billi.....	138
Traitement abortif des furoncles, par Simon.....	397
Traitement de la syphilis, par E. Venning.....	468

U

Ulcérations anales, par Pean et Malassez; analyse par Clermont.....	104
---	-----

V

Vidal. — Contribution à l'étude de la syphilis constitutionnelle ayant pour accident initial le chancre mou.....	81
Végétations (Études sur les), par le Dr Aimé Martin....	161 et 268
Vidal. — Contribution à l'étude de la syphilis ayant pour accident initial le chancre mou compliqué d'adénite suppurée..	180
Vidal. — Inoculabilité des pustules d'ecthyma.....	350
Variole, traitement abortif des pustules de la face, par M. Revillod.....	392

OCT 21 1919

Le gérant : G. MASSON.

CLICHY. — Imp. PAUL DUFONT, rue du Bac-d'Asnières, 42.

